

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ -
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

директор института
_____ д.п.н. О.А. Ахвердова

« 31 » августа 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПМФИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО
(УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Государственная итоговая аттестация
(государственный экзамен)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация выпускника – врач-лечебник
Форма обучения – очная
Семестр 12
Всего: 3 ЗЕ/108 часов

Пятигорск 2022

Разработчики Фонда оценочных средств Государственной итоговой аттестации выпускников по образовательной программе высшего образования – программе специалитета – по специальности 31.05.01 Лечебное дело (далее ФОС ГИА):

Зам. директора института по УВР, д.м.н., доцент декан факультета высшего образования, зав.каф. фармакологии с курсом клинической фармакологии д.м.н.
М.В. Черников
д.м.н., заведующий кафедрой терапевтических дисциплин Л.И. Агапитов
декан медицинского факультета ВО О.Н. Игнатиади

д.м.н., декан факультета
высшего образования,
зав.каф. фармакологии с курсом
клинической фармакологии
д.м.н.

ФОС ГИА утвержден на заседании Центральной методической комиссии

Протокол №1 от «31» августа 2022 года

Председатель ЦМК

М.В. Черников

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Пояснительная записка

Фонд оценочных средств (ФОС) государственной итоговой аттестации выпускников Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» по образовательной программе высшего образования – программе специалитета – по специальности 31.05.01 Лечебное дело разработан в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом Российской Федерации №273-ФЗ от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации» (часть 5 статья 59);
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №95 от 09.02.2016 г.;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №636 от 29.06.2015 г. «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры»;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №502 от 28.04.2016 г. «О внесении изменений в порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры, утвержденный Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 636 от 29.06.2015»;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №86 от 09.02.2016 «О внесении изменений в Порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 636 от 29.06.2015 г.»;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №301 от 05.04.2017 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры» (п.44, п.45);
- Уставом Университета, локальными нормативными актами Университета.

1.1. Цели и задачи государственной итоговой аттестации (далее ГИА)

1.1.1 Цель ГИА:

- определение и оценка уровня теоретической и практической подготовки обучающихся, предусмотренного Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее - ФГОС ВО) по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета).

1.1.2 Задачи ГИА:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.

1.2. Объем ГИА

Общая трудоемкость ГИА составляет 3 зачетных единицы, 108 академических часов.

Вид учебной работы	Всего	Семестр 12 сем.
Контактная работа обучающегося с преподавателем	3	3
Вид промежуточной аттестации (государственный экзамен, выпускная квалификационная работа)	Государственный экзамен	+
Общая трудоемкость: часы	108 ч	108 ч
зачетные единицы	3 ЗЕ	3 ЗЕ

1.3 Результаты освоения ФГОС ВО

В результате государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело обучающийся должен показать владение следующими профессиональными компетенциями:

Код контролируемой компетенции /содержание	Характеристика обязательного порогового уровня освоения ФГОС ВО	Оценочные средства
ПК-1 способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: - основные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья. - работу врача в первичном звене здравоохранения в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Уметь: - применять на практике основные мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний. - составлять план обследования, оценивать данные осмотра и опроса больного, формулировать предварительный диагноз и прогноз. Навык (опыт деятельности): владеть - навыками устранять вредное влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - правильным оформлением медицинской документацией.	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,	Знать: - основные методы проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; - проблемы медико-санитарной помощи лицам, связанным с профессиональными вредностями;	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

<p>диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять диспансерное наблюдение; - интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; - сформулировать клинический диагноз; - разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при различных заболеваниях; <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения профилактических медицинских осмотров - оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп; 	
<p>ПК-3 способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные природные и техногенные опасности, их свойства и характеристики. - характер воздействия вредных и опасных факторов на человека и природную среду, методы и способы защиты от них. - возможные последствия аварий, катастроф, стихийных бедствий и способы применения современных средств поражения. - методы защиты населения при ЧС <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - идентифицировать основные опасности среды обитания человека, оценивать риск их реализации. - принимать решения по целесообразным действиям в ЧС. - принимать решения по целесообразным действиям в ЧС. - выбирать методы защиты от вредных и опасных факторов ЧС <p>Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятийно-терминологическим аппаратом в области безопасности жизнедеятельности. - приемами и способами использования индивидуальных средств защиты в ЧС. - основными методами защиты производственного персонала и населения при возникновении ЧС. 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-4 способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; - обосновывать с микробиологических позиций выбор материала для исследования при проведении диагностики инфекционных и оппортунистических заболеваний <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценками состояния общественного здоровья; - методами общеклинического обследования; - интерпретацией результатов лабораторных, 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	инструментальных методов диагностики; - основными навыками работы с материалом при гигиенических исследованиях, содержащим патогенные микроорганизмы	
ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	Знать: - этиологию, патогенез, диагностику наиболее часто встречающихся заболеваний у пациентов разных возрастных групп; - план обследования больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, проведение различных проб); - чтение рентгенограмм; - правила взятия материала для цитологического исследования; - основные медицинские инструменты, их применение; - требования и правила в получении информированного согласия пациента на диагностические и лечебные процедуры; Уметь: - собрать полный медицинский анамнез пациента; - провести опрос больного (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию). - обследовать больного: опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация; - заполнить медицинскую карту больного; - работать с медицинским оборудованием с соблюдением эргономических принципов, техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима. Навык (опыт деятельности): владеть - алгоритмом постановки диагноза - работой с медицинским оборудованием с соблюдением эргономических принципов, техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знать - Международную статистическую классификацию заболеваний (МКБ) - принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии - клинику различных заболеваний Уметь - формулировать диагноз с учетом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования. - анализировать роль социальных и биологических факторов в развитии болезней, понимать патогенез развития болезней, и их влияние на развитие заболеваний, оценить лабораторные данные при различных соматических и инфекционных заболеваниях и патологических процессах Навык (опыт деятельности): владеть - навыками определения у пациента основных патологических состояний, синдромов, симптомов в соответствии с МКБ-10	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
ПК-7 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности,	Знать - основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан; - основные нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-

<p>участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в РФ; - порядок оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. порядок проведения медико-социальной экспертизы; - принципы реабилитации инвалидов Уметь - установить сроки и степень временной или стойкой утраты трудоспособности пациента в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими проведение экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в РФ; - оформить листок нетрудоспособности, определить необходимость направления пациента на медико-социальную экспертизу, установить причину, группу инвалидности, срок переосвидетельствования, составить индивидуальную программу реабилитации инвалида Навык (опыт деятельности): владеть - навыками проведения экспертизы трудоспособности (временной и стойкой) в конкретных условиях; - методами вычисления, анализа и прогнозирования основных показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности</p>	<p>кейсы)</p>
<p>ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</p>	<p>Знать: - тактику ведения больных с различными заболеваниями Уметь: - определить объем и место проведения необходимых лечебных мероприятий у пациентов Владеть: - навыками составления индивидуальной программы лечения и реабилитации, оформления медицинской документации у пациентов с различными заболеваниями</p>	<p>- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)</p>
<p>ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Знать - методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний у пациентов разных возрастных групп; - показания и противопоказания к проведению оперативного вмешательства в условиях поликлиники и стационара; - виды и методики остановки кровотечения, причины и методы диагностики; - показания для госпитализации пациентов в стационарное отделение (подготовка пациента к госпитализации); - контроль за медикаментозным лечением; Уметь - использовать полученные знания для определения оптимальной тактики лечения пациентов Навык (опыт деятельности): владеть - алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий при лечении различных заболеваний</p>	<p>- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)</p>
<p>ПК-10 готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях,</p>	<p>Знать - этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди населения; - современные методы клинической, лабораторной и</p>	<p>- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-</p>

<p>состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p>	<p>инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического и инфекционного профиля;</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний у больных <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - собрать анамнез, провести опрос, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; - интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; - сформулировать клинический диагноз; - разработать больному план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия; - проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами общего клинического обследования; - алгоритмом постановки предварительного диагноза, развернутого клинического диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования 	<p>кейсы)</p>
<p>ПК-11 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных; - клинические проявления основных синдромов, требующих срочного медицинского вмешательства; - принципы и методы оказания первой медицинской и при неотложных состояниях <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь, пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-12 готовность к ведению физиологической беременности, приему родов</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основы законодательства РФ, основные нормативно-технические документы по охране здоровья матери и ребенка; - Методику расчета показателей медицинской статистики при оценке деятельности медицинских организаций 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы охраны материнства и детства - Организацию акушерской и гинекологической помощи населению (принципы диспансерного наблюдения), диагностику беременности, методы ведения беременности и принятия родов - Современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных (беременных, рожениц, родильниц); общие принципы и особенности диагностики (пренатальной, постнатальной) наследственных заболеваний и врожденных аномалий - Виды и методы современной анестезии (масочный, эндотрахеальный, внутривенный) у беременных, рожениц <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья беременных, гинекологических больных, влияние на него факторов окружающей и производственной среды - Собрать анамнез, провести опрос пациентки (беременной, роженицы, родильницы), провести ее физикальное обследование (осмотр, пальпация, аускультация), направить на лабораторно-инструментальное исследование, на консультацию к специалистам - Интерпретировать результаты обследования, поставить пациентке (беременной, роженице, родильнице) предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза - Сформулировать клинический диагноз - Оказывать помощь при родовспоможении - Заполнять историю болезни (родов), выписать рецепт <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - Методами правильного ведения медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы охраны материнства и детства - Методами общего клинического (и специального) обследования беременных, родильниц, оценки состояния плода. - Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у беременных, рожениц. - Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением беременных, рожениц на дополнительное обследование и к врачам-специалистам. - Алгоритмом развернутого клинического диагноза 	
<p>ПК-13 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - задачи и основы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (РСЧС); - основы организации, мероприятия и методы защиты населения от опасных факторов природного и техногенного происхождения; - особенности развития нервно-психических расстройств у пострадавших, медицинского персонала и спасателей в чрезвычайных ситуациях; 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	<ul style="list-style-type: none"> - основы безопасности жизнедеятельности в медицинских организациях; теоретические основы современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях природного, техногенного, дорожно-транспортного, взрыво- и пожароопасного характера; - определение и виды медицинской помощи, организация медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации; - особенности организации медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях; - особенности организации лечебно-эвакуационных мероприятий в случае применения современных видов оружия; <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - идентифицировать основные опасности окружающей среды, оценивать риск их реализации; - оценивать медицинскую обстановку при чрезвычайных ситуациях; - выбирать методы защиты от опасных факторов; - применять методы защиты от опасностей в процессе деятельности врача; - применять способы обеспечения комфортных условий жизнедеятельности пациентов и медицинского персонала; - соблюдать правила охраны труда и техники безопасности при осуществлении деятельности врача; - обеспечивать соблюдение правил охраны труда и техники безопасности подчиненными работниками; - осуществлять мероприятия по защите пациентов, медицинского персонала и медицинского имущества в чрезвычайных ситуациях; <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятийно-терминологическим аппаратом в области безопасности жизнедеятельности человека и медицины катастроф; - приемами медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях; - способами оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; 	
<p>ПК -14 готовность к определению необходимости применения лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - механизм воздействия природных лечебных факторов, лекарственной немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации - основные группы препаратов, применяемых для лекарственной терапии у пациентов с различными заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять показания и противопоказания для применения лекарственной, терапии у пациентов с различными заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. - на основе полученных ранее знаний, уметь выбрать 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	<p>приоритетные природные лечебные факторы, лекарственную немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками применения лекарственных препаратов в санаторно-курортных условиях у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении; - методиками применения природных лечебных факторов, лекарственной немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации 	
<p>ПК-15</p> <p>готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующих сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - цель, методы и средства медицинского просвещения, особенности его проведения среди различных групп населения; <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять методы и средства профилактики заболеваний на индивидуальном, групповом уровнях; - обучать население, основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками индивидуального подбора средств гигиены в зависимости от возраста и состояния здоровья; - навыками самоконтроля основных физиологических показателей, способствующими сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-16</p> <p>готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные факторы риска развития заболеваний <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять факторы риска возникновения заболеваний; проводить просветительскую работу по устранению факторов риска; проводить беседы (индивидуальные, групповые), лекции с различным контингентом населения по предупреждению возникновения и развития заболеваний; <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения просветительской работы по устранению факторов риска 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-17</p> <p>способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - организационную структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждений - управленческую и экономическую деятельность медицинских учреждений различных типов <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать показатели работы структурных подразделений поликлиники и стационара; - качественно вести медицинскую документацию; - контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами расчета и анализа основных показателей 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	здоровья населения для планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья - методами оценки эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи	
ПК-18 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать - методики анализа деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждений; - методики анализа качества и эффективности медицинской помощи Уметь - использовать информацию о здоровье населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий по повышению качества и эффективности медицинской помощи и разработки мероприятий по снижению вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения; - анализировать показатели качества работы поликлиники и стационара Навык (опыт деятельности): владеть - методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды - навыками осуществления анализа работы поликлиники и стационара - методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ различных типов	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
ПК-19 способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать - особенности организации лечебно-эвакуационных мероприятий в случае применения современных видов оружия; - основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций химической и радиационной природы; - организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, техногенного, дорожно-транспортного, взрыво- и пожароопасного характера; - основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - содержание мероприятий по медицинскому снабжению медицинских формирований и учреждений в различных режимах функционирования службы медицины катастроф; - задачи и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК); - основные положения нормативных правовых документов по организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного, дорожно-транспортного, взрыво- и	- тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

	<p>пожароопасного характера;</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и вид медицинской помощи в зависимости от медицинской обстановки; - оказывать первую, доврачебную и первую врачебную помощь пораженному населению в чрезвычайных ситуациях различного характера; - решать практические задачи по расчету выделения необходимых сил и средств службы медицины катастроф для оказания экстренной медицинской помощи пораженных в чрезвычайных ситуациях; - определять потребность в медицинском имуществе для учреждений и формирований, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения и составлять заявки на его получение; <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - способами оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; - приемами и способами эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; - приемами и способами использования индивидуальных средств защиты; - способами применения антидотных и радиозащитных средств в объеме первой врачебной помощи; - алгоритмом контроля за выполнением правил безопасности медицинского персонала и пациентов. 	
<p>ПК-20 готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные методы сбора информации - основные требования по правилам оформления результатов клинико-микробиологических исследований - принципы доказательной медицины и основные научные ресурсы, основывающиеся на принципах доказательной медицины <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать полученную в ходе проведения исследования научную информацию - оформить полученные данные для статьи, тезисов, научного доклада - проводить экспертную оценку научной статьи, истории болезни в соответствии с методическими рекомендациями, стандартами обследования и лечения, основанными на принципах доказательной медицины; <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками публичной речи, аргументации, ведения дискуссии и полемики - методами представления научных данных в статье, тезисах, научного доклада - навыками проведения экспертной оценки научной статьи, истории болезни. 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-21 способность к участию в проведении научных исследований</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные методы микробиологических, патофизиологических, гигиенических исследований при проведении научных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные

	<p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать основные методы микробиологической диагностики, патофизиологических исследований в научных исследованиях <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами микробиологических исследований - методами проведения патофизиологических исследований при изучении различных заболеваний - методами гигиенических исследований (санитарная экспертиза, описание т.д.) 	задачи (мини-кейсы)
<p>ПК-22 готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</p>	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - о проводимых исследованиях, направленных на поиск и внедрение новых методов, направленных на охрану здоровья населения <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить лечение и профилактику заболеваний с использованием новейших методов. <p>Навык (опыт деятельности): владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - информацией о новых методах диагностики и лечения заболеваний, утвержденных соответствующими регламентирующими документами; - навыками по внедрению новых методов в медицине 	<ul style="list-style-type: none"> - тесты - вопросы - ситуационные задачи (мини-кейсы)

Государственная итоговая аттестация выпускников ПМФИ по специальности 31.05.01
Лечебное дело проходит в виде трех этапного государственного экзамена:

1 этап – тестирование,

2 этап – оценка практических навыков и умений,

3 этап – собеседование по ситуационным задачам.

II. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПЕРВОГО ЭТАПА (ТЕСТИРОВАНИЕ) ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ВОЛГГМУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Первый этап ГИА - тестирование. Форма проведения с использованием персональных компьютеров. Каждый выпускник выполняет один из предложенных ЭВМ вариантов тестовых заданий (60 вопросов за 60 минут).

Оцениваемые компетентности: ПК 1-22

Критерием оценки сформированности компетенций выпускников на первом этапе государственного экзамена является количество правильных ответов на предложенные тестовые задания. Критерии оценки тестирования: «отлично» - 91-100% правильных ответов; «хорошо» - 81-90% правильных ответов; «удовлетворительно» - 61-80% правильных ответов; «неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов. Результат сдачи тестовых заданий 61% и выше является допуском к следующим этапам ГИА (практическая часть, собеседование).

Табл. Количество вопросов по разделам тестовых заданий и структура билета тестового задания для ГИА

№	Наименование раздела	Количество заданий в разделе	Требуемое количество заданий в варианте билета
1.	Поликлиническая терапия	1000	25
2.	Акушерство и гинекология	500	2
3.	Безопасность жизнедеятельности. Медицина катастроф	55	1
4.	Госпитальная терапия	325	5
5.	Гигиена	55	1
6.	Дерматовенерология	55	1
7.	Инфекционные болезни. Эпидемиология	55	1
8.	Клиническая фармакология	300	2
9.	Медицинская реабилитация	55	1
10.	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика	55	1
11.	Общественное здоровье и здравоохранение	55	1
12.	Пропедевтика внутренних болезней	325	5
13.	Психиатрия	55	1
14.	Онкология	55	1
15.	Оториноларингология	55	1
16.	Офтальмология	55	1
17.	Факультетская терапия	325	5
18.	Фтизиопульмонология	55	1
19.	Хирургические болезни	500	2
20.	Травматология и ортопедия	500	2
	Итого:	4435	60

1. НАУЧНОЙ ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ

- 1) факторов риска
- 2) здорового образа жизни
- 3) борьбы с вредными привычками
- 4) индивидуальной профилактики

2. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) 1 раз в 3 года
- 2) каждый год
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в полгода

3. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) 3 группы
- 2) 1 группа
- 3) 2 группы
- 4) 4 группы

4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например, в сельской местности – врач-терапевт участковый
- 2) врач-терапевт участковый
- 3) врач дневного стационара
- 4) врач-кардиолог поликлиники

5. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ

- 1) врач-терапевт участковый
- 2) врач отделения медицинской профилактики
- 3) врач дневного стационара
- 4) врач-кардиолог поликлиники

6. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ ___ МИНУТ

- 1) 10
- 2) 30
- 3) 60
- 4) 5

7. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
- 2) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ
- 3) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы
- 4) фондами ОМС

8. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА

- 1) 2 года
- 2) 1 год
- 3) 3 года
- 4) бессрочно

9. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) бессрочно
- 4) 2 года

10. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

- 1) процентах
- 2) долях от целого
- 3) десятичных долях
- 4) субъективных характеристиках

11. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

- 1) заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента (ку)
- 2) ведется на пациентов (ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения
- 3) заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение
- 4) заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

12. ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ

- 1) первичная врачебная медико-санитарная помощь
- 2) первичная доврачебная медико-санитарная помощь
- 3) первичная специализированная медико-санитарная помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь

13. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ

- 1) посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием
- 2) случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи
- 3) обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации
- 4) случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

14. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ

- 1) «медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)
- 2) страхового медицинского полиса пациента
- 3) СНИЛС пациента
- 4) «талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

15. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ

- 1) врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета
- 2) главным врачом
- 3) председателем врачебной комиссии
- 4) заместителем главного врача по организационно-методической работе

16. «СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНОКУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕГО ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ:

- 1) председателя врачебной комиссии
- 2) лечащего врача
- 3) главного врача
- 4) заместителя главного врача по организационно-методической работе

17. ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У) ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ

- 1) лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации

- 2) заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации
- 3) председателя врачебной комиссии
- 4) лечащего врача организации, направившей пациента на лечение

18. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УГЛУБЛЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР С УЧАСТИЕМ НЕОБХОДИМЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВОДИТСЯ ____ В ГОД

- 1) 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза
- 4) 4 раза

19. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ____ В ГОД

- 1) 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза
- 4) 4 раза

20. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАТРОНАЖ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) год
- 4) месяц

21. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N

- 1) 052-1/у «вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного»
- 2) 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
- 3) 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
- 4) 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»

22. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

- 1) заведующим отделением
- 2) главным врачом
- 3) заместителем главного врача по лечебной работе
- 4) председателем врачебной комиссии

23. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ

- 1) ежедневно
- 2) раз в неделю
- 3) раз в месяц
- 4) раз в квартал

24. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ), ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ГРАЖДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) сроком не более 15 дней
- 2) сроком не более 5 дней
- 3) сроком не более 10 дней
- 4) на весь срок лечения

25. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) врачебной комиссией
- 2) лечащим врачом
- 3) главным врачом
- 4) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

26. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

- 1) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
- 2) инвалидам I группы
- 3) детям-инвалидам
- 4) инвалидам по профессиональному заболеванию

27. В СЛУЧАЯХ ТРАВМ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 12-ти
- 2) 4-х
- 3) 10-ти
- 4) 3-х

28. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1) сахарный диабет 2 типа
- 2) возраст
- 3) отягощенная наследственность
- 4) мужской пол

29. В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1) глюкозы крови
- 2) общего холестерина
- 3) систолического АД
- 4) возраста

30. ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ

- 1) ОКС без подъема сегмента ST
- 2) ишемическом инсульте
- 3) острой левожелудочковой недостаточности
- 4) хронической сердечной недостаточности

31. У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД МЕНЕЕ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 140/90
- 2) 130/80
- 3) 125/80
- 4) 130/85

32. ОЖИРЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА ____ КГ/М²
- 1) 35,0-39,9
 - 2) 18,5-24,9
 - 3) 25,0-29,9
 - 4) 30,0-34,9
33. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
- 1) курение
 - 2) пол
 - 3) возраст
 - 4) неблагоприятный семейный анамнез
34. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) абдоминальный тип ожирения
 - 2) низкий уровень липопротеидов низкой плотности
 - 3) женский пол
 - 4) высокий уровень липопротеидов высокой плотности
35. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ
- 1) 2 раза в год
 - 2) 1 раз в месяц
 - 3) 1 раз в квартал
 - 4) 3 раза в год
36. В СЕМЬЕ, ГДЕ ОБА РОДИТЕЛЯ СТРАДАЮТ АГ, ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ (ЗАМЕДЛЕНИЯ) РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИИ У ИХ ПОТОМКА (ДОЧЬ, СЫН) ЦЕЛЕСООБРАЗНО
- 1) более строго придерживаться здорового образа жизни
 - 2) регулярно измерять АД
 - 3) резко ограничить употребление поваренной соли
 - 4) принимать сартаны в малых дозах с подросткового возраста
37. БОЛЬНЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВХОДЯТ В ____ ГРУППУ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА
- 1) III
 - 2) I
 - 3) II
 - 4) IV
38. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
- 1) II – III групп здоровья
 - 2) I группы здоровья
 - 3) I – II групп здоровья
 - 4) всех трех групп здоровья
39. НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО
- 1) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии
 - 2) врач, не состоящий в штате медицинской организации (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность)
 - 3) врач станции переливания крови
 - 4) врач «скорой медицинской помощи»
40. О КАЖДОМ СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОЙ (ПАРАЗИТАРНОЙ) БОЛЕЗНИ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ МЕДИЦИНСКИХ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОБЯЗАНЫ СООБЩИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 2
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 15

41. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ Ф. № 058/У СОСТАВЛЯЕТСЯ НА

- 1) необычную реакцию на прививку
- 2) оперативное вмешательство
- 3) любое обращение в поликлинику
- 4) первичный патронаж новорожденного

42. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ В _____ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 30 недель
- 2) 32 недели
- 3) 28 недель
- 4) 26 недель

43. ЭКГ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА ВЫПОЛНЯЮТ В _____ ТРИМЕСТРЕ

- 1) I, II, III
- 2) I
- 3) II
- 4) III

44. УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО

- 1) выяснить эпидемиологический анамнез
- 2) сообщить по месту работы заболевшего
- 3) вызвать бригаду дезинфекторов
- 4) организовать текущую дезинфекцию

45. «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ

- 1) заподозривший инфекционное заболевание
- 2) подтвердивший диагноз инфекционного заболевания
- 3) эпидемиолог
- 4) дезинфектор

46. В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРИВИВОК ПРИ ПЛАНОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ УЧАСТВУЕТ

- 1) терапевт (педиатр)
- 2) врач-лаборант
- 3) эпидемиолог
- 4) бактериолог

47. ПРИ УГРОЗЕ МАССОВОГО РАПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОВОДЯТ

- 1) вакцинацию
- 2) бактериофагирование
- 3) вводят иммуноглобулин
- 4) вводят сыворотку

48. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО

- 1) количеству посещений на одного жителя в год
- 2) пропускной способности поликлиники по числу посещений в день
- 3) количеству обслуживаемого населения на территории
- 4) плановой функции врачебной должности

49. УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН ПОСЕТИТЬ БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ВЫПИСАННОГО ИЗ СТАЦИОНАРА, НЕ ПОЗДНЕЕ

- 1) следующего дня

- 2) трех дней
- 3) пяти дней
- 4) семи дней

50. ДИСПАНСЕРНЫЕ БОЛЬНЫЕ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСМАТРИВАЮТСЯ ____ В ГОД И ЧАЩЕ

- 1) 2-3 раза
- 2) только 1 раз
- 3) только 4 раза
- 4) 6 раз

51. КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 раз в 3 года
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 2 года

52. К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ

- 1) здоровые, в том числе имеющие факторы риска при низком и среднем сердечно-сосудистом риске
- 2) нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи
- 3) не предъявляющие жалоб
- 4) с впервые выявленными хроническими заболеваниями в стадии ремиссии

53. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) при наличии информированного добровольного согласия гражданина
- 2) без согласия гражданина в обязательном порядке
- 3) по приказу работодателя
- 4) по желанию пациента

54. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО

- 1) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств
- 2) самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств
- 3) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда
- 4) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает

55. ПРИ КАРАТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом
- 2) только участковым терапевтом
- 3) заведующим отделением
- 4) эпидемиологом

56. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ (УПРАВЛЯЕМЫМ) ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ

- 1) вредные для здоровья факторы поведенческого характера (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание)
- 2) пол
- 3) возраст
- 4) наследственность

57. В КНИГЕ ЗАПИСЕЙ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) все вызовы, поступившие в течение дня, и активные посещения
- 2) только активные посещения
- 3) те вызовы, которые решит зарегистрировать врач для оплаты

- 4) только первичные вызовы
58. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ПОЛИКЛИНИКИ, ЕСЛИ
- 1) пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома
 - 2) смерть произошла в стационаре
 - 3) врач сам констатировал факт смерти
 - 4) об этом сообщили родственники пациента
59. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В ГОРОДЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
 - 2) 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
 - 3) 2000 человек взрослого населения
 - 4) 3000 человек взрослого населения
60. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО
- 1) в регистратуре
 - 2) на приеме врача
 - 3) при проведении диспансеризации
 - 4) на дому
61. МЕДИЦИНСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
- 1) органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе
 - 2) родителям пациента
 - 3) мужу или жене
 - 4) работодателю
62. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ОТНОСИТСЯ К ОТДЕЛЕНИЮ ПОЛИКЛИНИКИ
- 1) диагностическому
 - 2) профилактики
 - 3) лечебному
 - 4) является самостоятельным подразделением
63. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ НА СРОК ДО ___ ДНЕЙ
- 1) 7
 - 2) 15
 - 3) 30
 - 4) 45
64. ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ
- 1) одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход
 - 2) любому члену семьи по желанию больного
 - 3) только одному из родителей
 - 4) только матери
65. ВЫДАЧА ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ
- 1) документа, удостоверяющего личность
 - 2) справки об инвалидности
 - 3) полиса ОМС
 - 4) амбулаторной карты
66. ЛЕЧЕНИЕ НА КУОРТАХ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ
- 1) гипертоническая болезнь II ст., кризовое течение

- 2) гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение
- 3) ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН I (NYHAII). Инфаркт перенесен более 1 года назад
- 4) ИБС. Стенокардия II ФК

67. В ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ВХОДИТ

- 1) лечебная физкультура, дозированная ходьба, специальные физические тренировки
- 2) лечебная физкультура, дозированная ходьба, занятия в фитнес-центрах
- 3) только лечебная физкультура и дозированная ходьба
- 4) только лечебная физкультура и занятия в фитнес-центрах

68. ЛИЦА С ФАКТОРАМИ РИСКА ВКЛЮЧАЮТСЯ В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1) Д II
- 2) Д I
- 3) Д III А
- 4) Д III Б

69. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К _____ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ

- 1) периодическим
- 2) предварительным
- 3) целевым
- 4) профилактическим

70. ПРИКРЕПЛЕННОЕ НАСЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧЕЛОВЕК

- 1) 1700
- 2) 1500
- 3) 1000
- 4) 2000

71. СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ (ФОРМА №070/У-04) ДЕЙСТВИТЕЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 6 месяцев
- 2) 12 месяцев
- 3) 1 месяца
- 4) 3 месяцев

72. БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СОСТОЯЩИЙ НА «Д» УЧЕТЕ У КАРДИОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕДАЕТСЯ НА УЧЕТ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ ЧЕРЕЗ ____ МЕСЯЦЕВ

- 1) 12
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 10

73. ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 10
- 4) 30

74. ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) одного месяца
- 2) 10 дней
- 3) 30 дней

4) 6 месяцев

75. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ, ЗАКРЫВАЕТСЯ

- 1) днем регистрации документов в МСЭ
- 2) днем освидетельствования
- 3) на 3-й день после освидетельствования в Бюро МСЭ
- 4) днем направления на МСЭ

76. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНОГО, ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ОСОБО ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) изолирует его и, не выходя из помещения, извещает руководителя своего учреждения о выявленном больном
- 2) извещает органы Роспотребнадзора или вышестоящие инстанции
- 3) изолирует его, а сам выходит из кабинета и срочно оповещает руководителя своего учреждения
- 4) заполняет экстренное извещение и оповещает всех медицинских работников данного учреждения

77. БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) штатными формированиями службы медицины катастроф
- 2) штатными формированиями Всероссийской службы медицины катастроф
- 3) учреждениями Всероссийской службы медицины катастроф Российской Федерации
- 4) формированиями министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий

78. НУЖДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНОЙ, КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫПОЛНЕНА РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА, В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА?

- 1) да, по прошествии 10 лет после операции
- 2) да, в течение первых 10 лет
- 3) да, в течение первых 5 лет после операции
- 4) нет

79. У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 5,0
- 2) 4,5
- 3) 4,0
- 4) 3,5

80. У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ _____ ММОЛЬ/Л

- 1) 4,5
- 2) 4,0
- 3) 3,5
- 4) 3,0

81. ЧАСТОТА ОСМОТРОВ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ЛЕГКОЙ ФОРМЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ В ГОД

- 1) 4 раза
- 2) 2 раза
- 3) 6 раз
- 4) 12 раз

82. В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

- 1) гликированного гемоглобина
- 2) постпрандиальной гликемии

3) гликемии натощак

4) глюкозурии

83. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН II А (ФК II) ПОКАЗАНО

1) в местных кардиологических санаториях вне курортов

2) на климатических курортах

3) на бальнеологических курортах

4) на курортах с особыми лечебными факторами

84. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПО АНГИНЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО

1) месяца

2) дня

3) квартала

4) года

85. ПАЦИЕНТУ, СТРАДАЮЩЕМУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПРИСТУПАМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ, ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1) в местном санатории вне курорта

2) на бальнеологическом курорте

3) на климатическом курорте

4) на курорте с особыми лечебными факторами

86. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ СТЕПЕНИ

1) II

2) III

3) I

4) IV

87. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРОВ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ. СТ. И ВЫШЕ И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ. СТ. И ВЫШЕ

1) 140 / 90

2) 130 / 80

3) 160 / 95

4) 160 / 90

88. КАКОЙ МЕТОД НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МСЭ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1) флюорография

2) рентгенография лёгких

3) ЭКГ

4) общий анализ крови

5) анализ крови на общий белок и фракции, сахар крови

89. ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ВКЛЮЧАЮТ

1) запыленность помещения

2) тяжелый физический труд

3) работа на конвейере

4) контакт с аллергеном

5) всё перечисленное

90. КАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ДОЛЖЕН ОСМОТРЕТЬ БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МСЭ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ

- 1) невролог
 - 2) нефролог
 - 3) офтальмолог
 - 4) хирург
 - 5) терапевт
91. ДЛЯ ПНЕВМОНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЁ КРОМЕ
- 1) температура до 38°C
 - 2) число дыхательных движений до 25 в минуту
 - 3) АД в пределах нормы
 - 4) выраженный цианоз
 - 5) частота сердечных сокращений до 90 в минуту
92. ДЛЯ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЁ КРОМЕ
- 1) температура 38-39°C
 - 2) число дыхательных движений 25-30 в минуту
 - 3) частота сердечных сокращений 90-100 в минуту
 - 4) частота сердечных сокращений до 90 в минуту
 - 5) умеренно выраженный цианоз
93. КАКАЯ ГРУППА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ДОЛЖНА ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ?
- 1) пенициллины
 - 2) макролиды
 - 3) цефалоспорины
 - 4) аминогликозиды
 - 5) респираторные фторхинолоны
94. КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СТОИТ ВЫБРАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЛЕГИОНЕЛЛЁЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПОСЛЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ
- 1) пенициллины
 - 2) цефалоспорины 1 и 2 поколений
 - 3) макролиды и фторхинолоны
 - 4) аминогликозиды
 - 5) ванкомицин
95. КАКУЮ ИЗ ГРУПП АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СТОИТ ВЫБРАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПОСЛЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ
- 1) пенициллины
 - 2) цефалоспорины 1 и 2 поколений
 - 3) макролиды
 - 4) аминогликозиды
 - 5) ванкомицин
96. В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ФАЗЕ РАЗРЕШЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ ВСЁ КРОМЕ
- 1) УВЧ
 - 2) индуктотермию
 - 3) УФО зева и носа
 - 4) электрофорез лекарственных препаратов
 - 5) амплипульстерапию
97. КРИТЕРИЕМ НЕОБРАТИМОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БУДЕТ
- 1) ОФВ₁ 80% от должной
 - 2) ОФВ₁ 70% от должной
 - 3) прирост ОФВ₁ менее чем на 30% при проведении пробы с беродуалом
 - 4) прирост ОФВ₁ более чем на 20% при проведении пробы с беродуалом
 - 5) прирост ОФВ₁ менее чем на 15% при проведении пробы с беродуалом

98. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ ДОЛЖЕН ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) эуфиллин
- 2) беродуал
- 3) пульмикорт
- 4) формотерол
- 5) теопек

99. КАКОВА ДОЗА ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) 100-200 мкг
- 2) 200-400 мкг
- 3) 400-800 мкг
- 4) 800-2000 мкг
- 5) 2000-3000 мкг

100. ПРИ ЛЁГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ТЕРАПИЮ НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ

- 1) ингаляционные бета2-агонисты
- 2) теофиллины пролонгированного действия
- 3) ингаляционные холинергические препараты
- 4) ингаляционные кортикостероиды
- 5) системные кортикостероиды

101. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) легочная гипертензия
- 2) гипертрофия правого желудочка
- 3) дилатация правого желудочка
- 4) сердечная недостаточность по правожелудочковому типу
- 5) сердечная недостаточность по левожелудочковому типу

102. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ В КОЛИЧЕСТВЕ МЕНЕЕ 300 МЛ

- 1) оценка ослабленного голосового дрожания
- 2) выявление притупления перкуторного звука
- 3) рентгенологическое исследование в боковой проекции
- 4) рентгенологическое исследование в прямой проекции
- 5) спирография

103. БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛАТЕЛЬНО РЕАБИЛИТИРОВАТЬ НА КУОРТАХ СО СЛЕДУЮЩИМИ КЛИМАТИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ, КРОМЕ

- 1) климат пустынь
- 2) морской климат
- 3) климат хвойных лесов
- 4) среднегорье
- 5) влажный климат

104. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, НАЗНАЧАЕМЫЙ ПРИ КАТАРАЛЬНОЙ АНГИНЕ АМБУЛАТОРНОМУ БОЛЬНОМУ ЭТО

- 1) амоксиклав
- 2) тетрациклин
- 3) пенициллин в/м
- 4) цефотаксим
- 5) норфлоксацин

105. КАКОЙ ИЗ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ

- 1) отсутствие боли

- 2) СОЭ более 40-45 мм/час
- 3) СРБ более 26 мг/л
- 4) длительная утренняя скованность
- 5) количество пораженных суставов более 5

106. КАКОЙ ИЗ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

- 1) СОЭ более 30 мм/час
- 2) отсутствие боли
- 3) количество пораженных суставов не превышает двух
- 4) СРБ до 20 мг/л
- 5) утренняя скованность не превышает 15 минут

107. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕН ПРИЗНАКИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

- 1) анкилозы и остеофиты
- 2) единичные узур и анкилозы
- 3) множественные узур и остеопороз
- 4) остеопороз и остеофиты
- 5) нет верной комбинации признаков

108. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА

- 1) скованность суставов по утрам
- 2) наличие тофусов
- 3) крепитация и «узлы Гебердена»
- 4) анкилозы
- 5) ревматоидные узелки

109. ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- 1) гипохромная, макроцитарная
- 2) гиперхромная, микроцитарная
- 3) гипохромная, микроцитарная
- 4) гиперхромная с повышением общей железосвязывающей способности
- 5) гипохромная с понижением общей железосвязывающей способности

110. В КАКОЕ ВРЕМЯ СУТОК НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

- 1) с 8 до 10 часов
- 2) с 10 до 14 часов
- 3) с 14 до 18 часов
- 4) с 18 до 22 часов

5) время суток не имеет значения для усвоения этой группы препаратов

111. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ПЕРОРАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) 10-30 мг
- 2) 20-50 мг
- 3) 50-100 мг
- 4) 100-300 мг
- 5) доза не имеет значения, но необходимо дополнительное назначение витамина С

112. УЛУЧШАЕТ УСВОЕНИЕ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) антациды
- 2) антикоагулянты
- 3) препараты кальция
- 4) ИАПФ
- 5) аскорбиновая кислота

113. ПРИ БЕСЕДЕ С БОЛЬНЫМ, КОТОРОМУ НАЗНАЧЕНЫ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА, НЕОБХОДИМО ОТМЕТИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, КРОМЕ

- 1) стул окрашивается черный цвет
- 2) тошнота
- 3) запор
- 4) диарея
- 5) чувство переполнения в эпигастрии

114. УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА В НОРМЕ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-5 мкмоль/л
- 2) 5-10 мкмоль/л
- 3) 10-15 мкмоль/л
- 4) 13-30 мкмоль/л
- 5) 30-60 мкмоль/л

115. ЭТОТ ПРЕПАРАТ НЕ ДОЛЖЕН ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) амлодипин
- 2) кардура
- 3) эналаприл
- 4) клофелин
- 5) гипотиазид

116. ЭТОТ ПРЕПАРАТ НЕ ДОЛЖЕН ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

- 1) нифедипин
- 2) эналаприл
- 3) клофелин
- 4) каптоприл
- 5) фуросемид

117. ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ РЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СПРАВЕДЛИВО ВСЁ, КРОМЕ

- 1) отмечается преимущественное повышение диастолического компонента АД
- 2) оптимальным методом диагностики будет ангиография почек
- 3) отмечается снижение активности ренина плазмы при введении АПФ
- 4) проба с каптоприлом положительна
- 5) чаще развивается в пожилом возрасте

118. ДАННЫЙ ПРЕПАРАТ СТОИТ ВЫБРАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИНЫ СТАРШЕ 65 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) доксазозин
- 2) клофелин
- 3) гипотиазид
- 4) каптоприл
- 5) метилдопа

119. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИБС У МУЖЧИНЫ 48 ЛЕТ «СТАРТОВЫМ» ПРЕПАРАТОМ ДОЛЖЕН СТАТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ГРУППЫ

- 1) бета-блокаторов
- 2) ИАПФ
- 3) антагонистов кальция
- 4) диуретиков
- 5) необходима комбинация диуретиков и ИАПФ

120. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕПАРАТ ЭТОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЁН В ТЕРАПИЮ

- 1) бета-блокаторы
- 2) ИАПФ

- 3) антагонисты кальция
 - 4) диуретики
 - 5) необходима комбинация диуретиков и ИАПФ
121. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРЕПАРАТ ЭТОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЁН В ТЕРАПИЮ
- 1) бета-блокаторы
 - 2) ИАПФ
 - 3) антагонисты кальция
 - 4) диуретики
 - 5) необходима комбинация диуретиков и ИАПФ
122. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ 2 ФК
- 1) 3-5 дней
 - 2) 5-15 дней
 - 3) 10-15 дней
 - 4) 20 дней
 - 5) 30-60 дней
123. В БАЗИСНУЮ ПРОГРАММУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НЕ ВХОДЯТ
- 1) бета-блокаторы
 - 2) статины
 - 3) аспирин
 - 4) сердечные гликозиды
 - 5) диета
124. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 4 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПА
- 1) в покое
 - 2) при умеренной физической нагрузке
 - 3) при значительной физической нагрузке
 - 4) при незначительной физической нагрузке
 - 5) при ходьбе на расстояние более 200 метров
125. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПА
- 1) в покое
 - 2) при умеренной физической нагрузке
 - 3) при значительной физической нагрузке
 - 4) при незначительной физической нагрузке
 - 5) при ходьбе на расстояние менее 100 метров
126. ЭТОТ ПРЕПАРАТ МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ИБС: СТЕНОКАРДИЕЙ 3 ФК И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТАДИИ
- 1) ИАПФ
 - 2) аспирин
 - 3) статин
 - 4) бета-блокатор
 - 5) сердечные гликозиды
127. В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО
- 1) кардиохирург
 - 2) хирург
 - 3) участковый терапевт
 - 4) кардиолог

- 5) сосудистый хирург
128. ЭТОТ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ H.PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
- 1) дыхательный уреазный тест
 - 2) исследование желудочной кислотной секреции
 - 3) манометрия
 - 4) исследование гастроинтестинальных гормонов
 - 5) цитологическое исследование биоптата слизистой желудка
129. ЭТОТ ВАРИАНТ ЭРАДИКАЦИОННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ
- 1) фамотидин, кларитромицин, амоксициллин
 - 2) рабепразол, кларитромицин, амоксициллин
 - 3) фамотидин, метронидазол, фуразолидон
 - 4) омепразол, де-нол, метронидазол
 - 5) фамотидин, метронидазол, де-нол
130. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12 П.К. ПРИ НАЛИЧИИ H.PYLORI
- 1) устранение НР в гастродуоденальной слизистой оболочке
 - 2) купирование активного воспаления в слизистой оболочке
 - 3) обеспечение заживления язв и эрозий
 - 4) предупреждение развития обострений и осложнений
 - 5) всё перечисленное
131. ЭТОТ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВХОДИТ В ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МСЭ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА
- 1) манометрия
 - 2) рентгенография органов грудной полости
 - 3) ФГДС с прицельной биопсией
 - 4) УЗИ органов брюшинного пространства
 - 5) рентгенография органов брюшной полости
132. ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 П.К.
- 1) впервые выявленная язвенная болезнь
 - 2) обострение язвенной болезни
 - 3) наличие осложнений язвенной болезни
 - 4) необходимость хирургического лечения
 - 5) ремиссия язвенной болезни
133. ДАННЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА
- 1) тяжелый физический труд
 - 2) контакт с гастротропными интоксикантами
 - 3) травматизация подложечной области
 - 4) работа на конвейере
 - 5) длительные и дальние командировки, обуславливающие не возможность выполнения рекомендаций врача
134. ЭТОТ ПРЕПАРАТ ВЫ РЕКОМЕНДУЕТЕ БОЛЬНОМУ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- 1) дротаверин
 - 2) метоклопрамид
 - 3) одестон
 - 4) фуразолидон
 - 5) сульпирид
135. ПРИЕМ ДАННЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕДКО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ЗАПОРА
- 1) диуретики

- 2) алюминийсодержащие антациды
 - 3) препараты кальция
 - 4) антибактериальные
 - 5) препараты железа
136. ПРИЕМ ДАННЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕДКО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ДИАРЕИ
- 1) дигоксин
 - 2) антациды
 - 3) хинидин
 - 4) антибактериальные
 - 5) метилдопа
137. СТЕАТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- 1) синдром избыточного бактериального роста
 - 2) болезни тонкого кишечника
 - 3) острый панкреатит
 - 4) хронический панкреатит
 - 5) язвенная болезнь желудка
138. Необходимые требования к пероральной литолитической терапии при желчнокаменной болезни включают
- 1) рентгеннегативные камни
 - 2) размер камней не более 1,5 см
 - 3) сохранённая сократительная функция желчного пузыря
 - 4) проходимый желчный проток
 - 5) всё перечисленное
139. Противопоказаниями к проведению пероральной литолитической терапии при желчнокаменной болезни будут все положения, кроме
- 1) диареи
 - 2) беременности
 - 3) обострения ЖКБ
 - 4) частые приступы ЖКБ
 - 5) размер камня 1,5 см.
140. При лечении обострения хронического пиелонефрита на амбулаторном этапе желательно применение этого антибактериального препарата
- 1) норфлоксацин
 - 2) азитромицин
 - 3) гентамицин
 - 4) ванкомицин
 - 5) тетрациклин.

Остальные тестовые задания из ФОС к ГИА выпускников по специальности Лечебное дело расположены на сайте МЦСС ВолгГМУ / по ссылке <http://www.disttest.ru/>

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ВТОРОГО ЭТАПА (ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ) ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ВОЛГГМУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Аттестационное испытание на втором этапе ГИА выпускников ПМФИ по специальности 31.05.01 включает в себя две составляющих:

1-я составляющая – оценка практических навыков и умений выпускника осуществляется членами ГЭК у постели больного в терапевтических и хирургических отделениях клинических баз Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» согласно расписанию учебной части. Членами комиссии оценивается умение выпускника курировать больных, обосновывать диагноз, проводить дифференциальный диагноз, составлять план обследования и лечения, заполнять первичную документацию врача (экзаменационную историю болезни).

2-я составляющая – проводится в виде собеседования, где студенту предлагается билет с 3 заданиями для интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов; и построения алгоритма оказания неотложной и экстренной медицинской помощи.

№ №	ВОПРОС ВТОРОГО ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА	Оцениваемые компетенции
1	Интерпретируйте результаты лабораторных исследований крови	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
2	Интерпретируйте результаты лабораторных исследований мочи	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
3	Интерпретируйте результаты копрограммы	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
4	Интерпретируйте результаты лабораторных исследований мокроты	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
5	Интерпретируйте результаты лабораторных исследований дуоденального сока	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
6	Интерпретируйте результаты лабораторных исследований плевральной жидкости	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
7	На основе интерпретации результатов рентгенографического исследования и/или компьютерной томографии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
8	На основе интерпретации данных ЭКГ сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
9	На основе интерпретации данных суточного мониторирования ЭКГ (суточного мониторирования АД) сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
10	На основе интерпретации данных спирометрии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
11	На основе интерпретации данных УЗИ и/или ЭхоКГ сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
12	На основе интерпретации данных суточной рН-метрии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
13	На основе интерпретации данных ФГДС сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
14	На основе интерпретации данных лапароскопии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22

15	На основе интерпретации данных колоноскопии и/или ректороманоскопии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
16	На основе интерпретации данных менограммы сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
17	На основе интерпретации данных КТГ сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
18	На основе интерпретации данных гистерографии в родах сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
19	На основе интерпретации данных бактериоскопии гинекологического мазка сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
20	На основе интерпретации данных метросальпингографии сформулируйте диагноз и тактику ведения пациента.	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
21	Провести курацию больного и оформить экзаменационную историю болезни	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22
22	Сформулируйте и продемонстрируйте алгоритм действия врача при основных неотложных состояниях (при гипертермическом синдроме, отеке легких, острой сердечно-сосудистой недостаточности, анафилактическом шоке, комах различной этиологии и т.д.).	ОК 1-8; ОПК 1-11; ПК 1-22

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ГИА ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

1. Определение пульсации на периферических артериях нижних конечностей.
2. Определение группы и резус-принадлежности крови с цоликлонами. Техника. Интерпретация результатов.
3. Способы остановки кровотечения из: бедренной, подколенной, подвздошной, плечевой, сонной и подключичной артерий.
4. Эпицистостомия. Показания. Виды. Техника. Осложнения.
5. Техника выполнения паранефральной новокаиновой блокады. Показания. Осложнения.
6. Блокада по Школьникову (внутрибрюшная). Показания. Техника. Вероятные осложнения.
7. Венесекция. Показания. Техника. Осложнения.
8. Иммобилизация нижней конечности при переломе бедра. Техника.
9. Иммобилизация нижней конечности при открытом переломе голени. Техника.
10. Вывих плечевой кости. Методика вправления по Кохеру. Наложить повязку Дезо.
11. Вагосимпатическая блокада. Триада Горнера. Показания. Техника. Осложнения.
12. Трахеостомия. Коникотомия. Показания. Техника. Возможные осложнения.
13. Техника проведения плевральной пункции. Показания. Осложнения. Система для дренирования плевральной полости по Петрову-Бюлау.
14. Задняя и передняя тампонада носовых ходов при носовом кровотечении. Техника.
15. Диагностический перитонеальный лаваж в неотложной хирургии брюшной полости. Показания. Техника. Осложнения.
16. Наложение хирургического шва (узлового, непрерывного, Z- и П-образного). Техника.
17. Написать предоперационное заключение больному с острым аппендицитом.
18. Неотложная помощь больному при кровохарканье и легочном кровотечении.
19. Неотложная помощь больному при желудочно-кишечном кровотечении.
20. Неотложная помощь при переливании иногруппной крови.

21. Неотложная помощь больному при геморрагическом шоке.
22. Неотложная помощь при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.
23. Неотложная помощь больному при острой задержке мочи.
24. Неотложная помощь при травматическом шоке у больного с открытым переломом бедра.
25. Неотложная помощь при синдроме длительного раздавливания нижних конечностей (краш-синдроме).
26. Неотложная помощь больному с напряженным пневмотораксом.
27. Неотложная помощь больному с гемотораксом.
28. Неотложная помощь при термических ожогах.
29. Неотложная помощь при поражении электротоком.
30. Неотложная помощь при отморожениях и замерзании.
31. Неотложная помощь при утоплении в речной и морской воде.
32. Неотложная помощь при травмах позвоночника. Принципы транспортировки и оказания помощи пострадавшим.
33. Неотложная помощь больному при множественном 2-х стороннем переломе ребер.
34. Неотложная помощь больному с химическим ожогом пищевода.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ГИА ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

1. Неотложная помощь больному с гиперлактатемической комой при сахарном диабете.
2. Неотложная помощь больному с неосложненным гипертоническим кризом
3. Неотложная помощь больному с острой надпочечниковой недостаточностью.
4. Неотложная помощь больному с приступом бронхиальной астмы.
5. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
6. Неотложная помощь при гиперосмолярной коме у больных сахарным диабетом.
7. Неотложная помощь при гипертермии.
8. Неотложная помощь при гипертоническом кризе у больного с феохромоцитомой.
9. Неотложная помощь при гипертоническом кризе, осложненном острой левожелудочковой недостаточностью.
10. Неотложная помощь при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом.
11. Неотложная помощь при гипогликемической коме.
12. Неотложная помощь при желудочковых тахикардиях.
13. Неотложная помощь при интоксикации сердечными гликозидами.
14. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке
15. Неотложная помощь при кардиогенном шоке
16. Неотложная помощь при кетоацидотической коме.
17. Неотложная помощь при кровохарканье, легочном кровотечении.
18. Неотложная помощь при нарушениях трахеобронхиальной проходимости
19. Неотложная помощь при острой дегидратации.
20. Неотложная помощь при острой почечной недостаточности.
21. Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности (отек легких).
22. Неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс).
23. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST.
24. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST.
25. Неотложная помощь при остром нарушении мозгового кровообращения.
26. Неотложная помощь при остром приступе подагры.
27. Неотложная помощь при острых аллергических реакциях (крапивница, ангиоотек).
28. Неотложная помощь при пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии.

29. Неотложная помощь при печеночной коме.
30. Неотложная помощь при полной А-V блокаде.
31. Неотложная помощь при почечной колике.
32. Неотложная помощь при расслаивающей аневризме аорты.
33. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе.
34. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
35. Неотложная помощь при тахикардиях с узкими желудочковыми комплексами (суправентрикулярных тахикардиях).
36. Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе.
37. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии в соответствии со стандартами медицинской помощи.
38. Неотложная помощь при фибрилляции предсердий.
39. Сердечно-легочная реанимация при клинической смерти.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ГИА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

1. Ведение нормальных родов (клинический протокол).
2. Врачебная тактика при послеродовом эндометрите.
3. Клиника тяжелой преэклампсии. Тактика врача.
4. Методы оценки готовности организма беременной к родам.
 5. Методы прерывания беременности в поздние сроки по медицинским показаниям.
 6. Методы прерывания беременности в ранние сроки.
7. Мониторинг состояния плода в родах.
8. Наружное акушерское исследование на фантоме (приемы Леопольда, оценка таза с акушерской точки зрения, основные размеры головки доношенного плода).
9. Объем и последовательность мероприятий при асфиксии новорожденного умеренной степени тяжести.
10. Объем и последовательность мероприятий при асфиксии новорожденного тяжелой степени.
11. Объем и последовательность мероприятий при ДВС-синдроме на фоне отслойки нормально расположенной плаценты.
12. Оказание классического ручного пособия при тазовом предлежании.
13. Оказание ручного пособия при головном предлежании.
 14. Последовательность действий врача при геморрагическом шоке в результате прервавшейся трубной беременности на догоспитальном и госпитальном этапе. Методы восполнения ОЦК.
 15. Последовательность мероприятий при инфицированном и септическом аборте.
16. Последовательность мероприятий при послеродовом гипотоническом кровотечении (клинический протокол).
17. Пренатальная диагностика.
18. Принципы ведения преждевременных родов (клинический протокол).
 19. Современные методы контрацепции.
 20. Тактика врача в диагностике бесплодия.
 21. Тактика врача при гинекологическом перитоните.
 22. Тактика врача при кровотечении из раковой опухоли шейки матки.
23. Тактика врача при остром аппендиците у беременной.
24. Тактика врача при перитоните после кесарева сечения.
 25. Тактика врача при разрыве кисты яичника.
 26. Тактика врача при родившемся миоматозном узле.
27. Тактика врача при угрожающем разрыве матки.
 28. Техника взятия мазков из цервикального канала, уретры и заднего свода влагалища для бактериоскопического исследования.
 29. Техника вскрытия абсцесса бартолиновой железы.

30. Техника выполнения амниотомии и амниоцентеза.
31. Техника операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.
32. Техника операции удаления маточной трубы.
33. Техника осмотра и измерение родившегося последа.
34. Техника осмотра шейки матки в зеркалах у родильниц.
35. Техника пункции брюшной полости через задний свод: показания, обезболивание
36. Техника эпизиотомии и эпизиоррафии.

Образец бланка экзаменационной истории болезни

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Дата экзамена: « ____ » _____ 201 ____ г.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ЛИСТ
по практической части государственного экзамена
(курация больного)

Ф.И.О.

студента

Группа № _____ 6 курса

1. Паспортные данные больного:

Ф.И.О. больного _____

Возраст больного _____

Дата поступления в стационар _____ (число, месяц, год)

Место работы _____

Домашний адрес _____

Кем направлен больной _____

2. Диагноз направительный

3. Жалобы

4. Сбор анамнеза и исследование объективного статуса

(проводится в присутствии экзаменатора и члена ГЭК – без записи)

5. Назначьте необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования для верификации диагноза

6. Диагноз клинический: основное заболевание, сопутствующее, осложнения.
(Обоснование диагноза при собеседовании с экзаменатором).

7. Назначьте предполагаемые методы лечения (оформляется как лист врачебных назначений, названия фармакологических препаратов – латинские; при необходимости - вид операции).

8. Прогноз (для выздоровления, для реабилитации); трудовые рекомендации.

Подпись студента _____

Оценка по 100-балльной системе: _____

Подпись члена ГЭК _____

Пример экзаменационных билетов ко второму этапу ГИА (практические навыки).

Специальность подготовки: 31.05.01 Лечебное дело

Курс: VI

Учебный год: 20__ -20__

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ

(практические навыки)

1. Наружное акушерское исследование нафантоме (приемы Леопольда, оценка таза с акушерской точки зрения, основные размеры головки доношенного плода).
2. Оценка лабораторно-инструментальных методов исследования в хирургии (ФГДС, УЗИ, лапароскопия, ректороманоскопия и комплекса анализов).
3. Неотложная помощь при кетоацидотической коме.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ

(практические навыки)

1. Обследование хирургического больного. Обоснование диагноза и лечения.
2. Оценка лабораторно-инструментальных методов исследования внутренних болезней (ЭКГ, ФКГ, спирометрия, суточное мониторирование АД, рентгенограммы, комплексы анализов).
3. Техника вскрытия абсцесса бартолиновой железы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ

(практические навыки)

1. Обследование терапевтического больного. Обоснование диагноза и лечения.
2. Оценить результаты специальных методов исследования в гинекологии (УЗИ, менограмма, КТГ, гистерография в родах, бактериоскопия, метросальпингография).
3. Неотложная помощь больному при множественном 2-х стороннем переломе ребер.

На основании полученных результатов производится расчет рейтинга ГИА по второму этапу государственного экзамена ($R_{\text{ГИА_прак}}$) как среднее значение по следующей формуле:

$$R_{\text{ГИА_прак}} = (R_{\text{ГИА_прак_тер}} + R_{\text{ГИА_прак_хир}} + R_{\text{ГИА_прак_акуш}}) / 3,$$

где: $R_{\text{ГИА_прак_тер}}$ – рейтинговая оценка практических умений по терапии; $R_{\text{ГИА_прак_хир}}$ – рейтинговая оценка практических умений по хирургии; $R_{\text{ГИА_прак_акуш}}$ – рейтинговая оценка практических умений по акушерству и гинекологии.

Минимальное количество баллов, которое можно получить на втором этапе ГИА - 61, максимальное – 100 баллов.

Дифференцировка оценки проводится по следующей схеме:

$R_{\text{ГИА_прак}}$		$R_{\text{ГИА_прак}}$	
по 5-балльной системе	по 100-балльной системе	по 5-балльной системе	по 100-балльной системе
3,0	61-62	4,0	81-82
3,1	63-64	4,1	83-84
3,2	65-66	4,2	85-86
3,3	67-68	4,3	87-88
3,4	69-70	4,4	89-90
3,5	71-72	4,5	91-92
3,6	73-74	4,6	93-94
3,7	75-76	4,7	95-96
3,8	77-78	4,8	97-98
3,9	79-80	4,9	99
		5,0	100

IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА (СОБЕСЕДОВАНИЕ) ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПМФИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Третий этап ГИА направлен на оценку умения решать конкретные профессиональные задачи, и определяется в ходе собеседования по условиям ситуационной задачи (мини-кейсы). Выпускнику предлагаются 5 вопросов для каждой из 4 ситуационных задач по:

- внутренним болезням,
- хирургическим болезням,
- акушерству и гинекологии,
- смежным клиническим дисциплинам (фтизиатрия, дерматовенерология, офтальмология, оториноларингология, онкология, клиническая фармакология, инфекционные болезни, неврология, психиатрия).

Пример экзаменационного билета к третьему этапу ГИА (собеседование)

Специальность подготовки: 31.05.01 Лечебное дело

Курс: VI

Учебный год: 20___ -20___

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №__1__ (собеседование)

1. Ситуационная клиническая задача по внутренним болезням №_____
2. Ситуационная клиническая задача по хирургическим болезням №_____
3. Ситуационная клиническая задача по акушерству и гинекологии №_____
4. Ситуационная клиническая задача по смежным дисциплинам №_____

Председатель межфакультетской цикловой методической
комиссии терапевтических дисциплин

Председатель межфакультетской цикловой методической
комиссии хирургических дисциплин

Алгоритм оценки знаний, умений и навыков выпускников в ходе собеседования на ГИА по специальности Лечебное дело (третий этап) предусматривает ответы на следующие вопросы:

№	Вопросы к ситуационным задачам	Оцениваемые компетенции
1	этиология и патогенез заболевания	ПК -5, 6
2	современные международные и отечественные классификации	ПК – 6, 21
3	симптомы и синдромы поражения различных органов и систем	ПК - 5, 6
4	клиника заболевания	ПК - 5, 6, 21
5	дифференциальная диагностика заболеваний	ПК - 5, 6
6	особенности течения заболеваний у различных возрастных групп	ПК – 8, 12, 20, 21
7	обоснование назначения современных методов диагностики, в том числе высокотехнологичных	ПК - 1, 4, 12, 20, 21, 22
8	обоснование тактики ведения больного: лечения, профилактики, диспансерного наблюдения и медицинской реабилитации с позиций доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями	ПК - 1, 2, 3, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22
9	трудовые рекомендации: экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности	ПК – 7, 17, 21, 22
10	оказание экстренной и неотложной медицинской помощи	ПК – 10,11,13,17,19

Расчет итоговой оценки ГИА по третьему этапу государственного экзамена ($R_{\text{гиа_собес}}$) производится путем вычисления среднего значения:

$$R_{\text{гиа_собес}} = (R_{\text{гиа_собес_тер}} + R_{\text{гиа_собес_хир}} + R_{\text{гиа_собес_хиру}} + R_{\text{гиа_собес_смеж}}) / 4,$$

где: $R_{\text{гиа_собес_тер}}$ – рейтинговая оценка собеседования по терапии (внутренние болезни); $R_{\text{гиа_собес_хир}}$ – рейтинговая оценка собеседования по хирургическим болезням; $R_{\text{гиа_собес_хиру}}$ – рейтинговая оценка собеседования по акушерству и гинекологии; $R_{\text{гиа_собес_смеж}}$ – рейтинговая оценка собеседования по смежным дисциплинам.

Минимальное количество баллов, которое можно получить на третьем этапе ГИА - 61, максимальное – 100 баллов.

Дифференцировка оценки проводится по следующей схеме:

$R_{\text{гиа_собес}}$		$R_{\text{гиа_собес}}$	
по 5-балльной системе	по 100-балльной системе	по 5-балльной системе	по 100-балльной системе
3,0	61-62	4,0	81-82
3,1	63-64	4,1	83-84
3,2	65-66	4,2	85-86
3,3	67-68	4,3	87-88
3,4	69-70	4,4	89-90
3,5	71-72	4,5	91-92
3,6	73-74	4,6	93-94
3,7	75-76	4,7	95-96
3,8	77-78	4,8	97-98
3,9	79-80	4,9	99
		5,0	100

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (МИНИ-КЕЙСЫ) ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

ЗАДАЧА № 1

Больная К., 35 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве, ноющие боли внизу живота.

Анамнез: Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Имела 5 беременностей: 1 своевременные роды в 22 года, затем 4 искусственных аборта в ранние сроки. Чувствует себя беременной. Беременность желанная.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный, чистый. Пульс 72 уд/мин, ритмичный. АД – 110/70 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание регулярные.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, без нарушений эпителиального покрова; наружный зев щелевидный, пропускает кончик пальца; выделения темные, кровянистые, в умеренном количестве. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, округлой формы. В области придатков с обеих сторон определяются опухолевидные образования с четкими контурами, размерами справа 5x7 см, слева 5x8 см, безболезненные при пальпации. Выделения из половых путей темные, кровянистые, со сгустками.

Дополнительные методы исследования:

Анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$; формула без изменений. СОЭ – 10 мм/ч.

Анализ мочи без патологии.

Тест на беременность положительный. Титр ХГ-100 000 ЕД.

УЗИ: плод не визуализируется, матка заполнена множеством эхоструктур с губчатым строением. В яичниках с обеих сторон кистозные образования: 5x7 см и 5x8 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.
3. Возможные осложнения.
4. Дальнейшее наблюдение.

ЗАДАЧА № 2

Больная М., 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х недель, слабость, недомогание, одышку при ходьбе, кашель.

Анамнез: Месячные с 13 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 24-26 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 5 месяцев назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Было 3 беременности: первая закончилась физиологическими своевременными родами без осложнений, вторая искусственным абортom при беременности 10 недель, без осложнений.

Три месяца назад произошел самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 6-7 недель, по поводу чего произведено выскабливание стенок полости матки, после которого в течение 2-х недель продолжались скудные кровянистые выделения. Принимала транексам в таблетках. К врачу не обращалась. В течение 1 недели чувствовала себя хорошо, кровотечения не повторялись. Однако вскоре появился кашель, слабость и вновь возобновились кровотечения. Обратилась к терапевту. Анализы крови и мочи были без патологии, кроме повышенного СОЭ – 35 мм/час. При рентгеноскопическом исследовании

грудной клетки был заподозрен туберкулез обоих легких. Больная была направлена в тубдиспансер и на консультацию к гинекологу.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледной окраски, $t = 36,8^{\circ} \text{C}$, пульс 96 уд. в мин., ритмичный, ЧДД = 26 в мин., АД 100/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. В легких выслушивается жесткое дыхание, по всей их поверхности, резко ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови: Эр $-2,5 \times 10^{12}$, Нв-65 г/л, СОЭ- 48 мм в час, формула крови не изменена.

Анализ мочи: без патологии. Титр ХГ – 300 000 ЕД.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. На задней стенке влагалища определяется опухолевидное образование, размером 4 x 6 x 4 см, мягко-эластичной консистенции, сине - багрового цвета, безболезненное при пальпации. Шейка цилиндрической формы, без нарушения эпителиального покрова, чистая. Зев щелевидный, закрыт. Выделения из цервикального канала темно-кровянистые, незначительные. При бимануальном исследовании: тело матки в правильном положении, увеличено до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации; придатки с обеих сторон не увеличены.

Рентгеноскопия грудной клетки: На протяжении обоих легочных полей видны множественные, округлой формы, мелкие плотноватые узлы до 1 см в диаметре, более густо расположенные в нижних отделах легких.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Тактика врача.
4. Прогноз для жизни.

ЗАДАЧА № 3

Больная 34 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из влагалища. Сегодня боли резко усилились, появились головокружение и тошнота. Вызвала машину скорой помощи.

Анамнез: Менструации с 13 лет, по 4 – 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация прошла с задержкой на 10 дней. В анамнезе 4 беременности, 2 родов и 2 медицинских аборта. Беременной себя не считает. Последние 3 года предохраняется с помощью ВМК. Из перенесенных гинекологических заболеваний – хронический сальпингоофорит. Лечилась амбулаторно.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела $36,2^{\circ} \text{C}$, пульс 100 уд/мин, АД 80/40 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, слегка вздут. Определяется болезненность внизу живота, над лоном, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен. Перистальтика кишечника активная. Стул был утром. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови: Нв - 90 г/л, гематокрит - 27 %, эр.- $2,5 \times 10^{12}$, лейкоц. – $5,6 \times 10^9$, СОЭ - 18 мм/час.

Мазки из влагалища: нормоценоз.

Тест на беременность: Слабо положительный.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы и влагалище развиты правильно. В зеркалах шейка матки цианотична, чистая, из зева мажущие кровянистые выделения и просматриваются нити ВМК. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормы, ограничено подвижная из-за болевого симптома. Придатки матки справа без четких контуров, резко болезненные при исследовании. Придатки слева не пальпируются. Задний свод влагалища сглажен, резко болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечение.

ЗАДАЧА № 4

Больная В., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу и крестец, постоянные бели, повышение температуры тела до 38° С. Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные, безболезненные, последние 3 года – нерегулярные. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей было 2, роды одни и 1 самопроизвольный выкидыш 5 лет назад. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, по поводу чего неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 120/75 мм рт. ст. Т тела – 37,8 С. Язык влажный, обложен белым налетом. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше слева, где имеются симптомы раздражения брюшины.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки без патологии, наружный зев закрыт. Из цервикального канала - обильные гнойные выделения. Тело матки обычных размеров, плотное, болезненное при смещении. Слева и справа от матки без четких контуров пальпируются образования размерами 10х8х6 см и 6х5х4 см соответственно, резко болезненные, неподвижные. Своды выражены, болезненные.

Анализ крови: лейкоциты - 12×10^9 (палочкоядерные нейтрофилы до 8), СОЭ - 26 мм/час.

Микроскопическое исследование мазков из половых органов. В мазках из влагалища, цервикального канала много лейкоцитов, микрофлора отсутствует, гонококки не обнаружены.

УЗИ: Справа от матки жидкостное образование с перегородками 6х5х4 см, частично визуализируется яичник, слева жидкостное образование 10х8х6 см с эхонегативными включениями.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
3. Составьте план лечения.
4. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 5

В родильное отделение поступила первобеременная М., 37 лет, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 9 часов и излитие околоплодных вод час назад. Беременность 39 недель.

Объективно: Рост 165, масса 75 кг (до беременности 62 кг), правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние внутренних органов без патологии. Температура тела 36,6° С. АД 125/80 мм.рт.ст. Отеков нет. Мочеиспускание не нарушено.

Акушерский статус:

Размеры таза: 25-29-32-20, Окружность живота 108 см, высота дна матки - 38 см. Схватки через 4 - 5 минут по 35 – 40 сек, хорошей силы. Положение плода продольное, 1 позиция, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 120 уд/мин, слева ниже пупка. Подтекают светлые воды.

Влагалищное исследование: Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 8 см. Плодного пузыря нет, воды текут светлые. Головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, определяются малый родничок и ниже большой родничок. Мыс не достижим, костных экзостозов нет.

КТГ плода: признаки внутриутробной гипоксии плода.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения родов.
3. Возможные осложнения.

ЗАДАЧА № 6

Больная В., 45 лет. Жалобы на появление кровянистых выделений из влагалища после физической нагрузки и коитуса. Менструальный цикл не изменен. В анамнезе родов - 2, мед. Абортов - 3. Последние шесть лет к врачу не обращалась.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки гипертрофированна, на передней губе нарушение эпителиального покрова до 2х2 см, с выростом в виде “цветной капусты”, кровоточит при дотрагивании инструментом. Тело матки обычных размеров, область придатков свободна. Своды глубокие. Инфильтратов в малом тазу не определяется.

Ректальное исследование: надвлагалищная часть шейки матки несколько уплотнена. В малом тазу опухолевые инфильтраты и образования не определяются.

Анализ крови: Нб - 90 г/л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ ст., СОЭ - 26 мм в час.

УЗИ: матка в пределах нормы. Эндометрий не выражен. Правый яичник – 2,4х1,8х1,4 см; левый яичник – 2,2х1,6х1,4 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите требуемый объем исследований с точки зрения доказательной медицины.
3. Составьте план лечения.
4. Прогноз заболевания.
5. Какой этиологический фактор в возникновении данной патологии соответствует доказательности класса «А»?

ЗАДАЧА № 7

Больная Р., 65 лет. Менопауза 15 лет, обратилась с жалобами на появление незначительных кровянистых выделений из половых путей. Врача посещала 15 лет назад.

Анамнез: Наследственность не отягощена. Последние десять лет страдает гипертонической болезнью. Родов 2, абортов 0. Из гинекологических заболеваний отмечает нарушение менструального цикла в климактерическом периоде, по поводу чего производилось повторное диагностическое выскабливание слизистой матки с последующим лечением прогестинами.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 88 кг при росте 158 см. АД 180/110 – 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, чистое. Живот мягкий безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Гинекологический статус: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова, из цервикального канала незначительные кровянистые

выделения, которые усилились после осмотра. Тело матки увеличено до 6 - 7 недель беременности, обычной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные.

Ректальное исследование: Опухолевидные образования и инфильтраты в малом тазу не определяются.

Анализ крови: Нв – 95 г/л, формула крови без изменений.

Анализ мочи: Без патологии.

Мазок из влагалища: промежуточный тип.

УЗИ: Матка 62x65x58 см. Полость матки расширена, толщина эндометрия 20 мм, структура неоднородная. Контуры базальной мембраны неровные, «зазубренные». Яичники: правый 1,8x2,4x2,7 см, левый 2,2x2,4x2,6 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие методы исследования необходимо провести?
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 8

Больная С., 18 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, которые появились накануне и усилились 2 часа назад, отмечает слабость.

Анамнез: Экстрагенитальные заболевания отрицает. Менструации с 13 лет, по 4 – 5 дней, умеренные, безболезненные, через 26-28 дней, регулярные. Последняя менструация 2,5 месяца назад. Половая жизнь с 16 лет, вне брака, нерегулярная, без контрацепции. Беременности и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Зев чистый. Температура тела 39,2 С. Пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения. АД 100/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. В зеркалах: шейка матки без нарушения эпителиального покрова, цианотичная.

Бимануальное исследование: шейка матки длиной до 3-х см, мягкая, цервикальный канал пропускает палец. Тело матки увеличено до 9-10 недель беременности, в правильном положении, мягковатой консистенции, слегка болезненное. Придатки не определяются. Выделения кровянистые умеренные, с ихорозным запахом.

Тест на ХГ: сомнительный.

УЗИ: Визуализируется плодное яйцо, отслоившееся от стенок матки.

Анализ крови: Нв – 105 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$, лейкоциты – $13,4 \times 10^9$, нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ – 38 мм/час.

Анализ мочи: Без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Врачебная тактика.
3. Возможные осложнения.
4. Отдаленные последствия.

ЗАДАЧА № 9

Больная В., 62 лет, поступила в стационар с жалобами на тупые ноющие боли внизу живота, недомогание, увеличение живота, небольшую одышку.

Наследственность не отягощена. Страдает гипертонической болезнью, ожирением II степени. Менструации с 16 лет, регулярные. В течение 10 лет менопауза. В анамнезе: родов – 2, мед аборт – 2, а также хронический аднексит и внематочная беременность.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура тела - 36,8° С. Пульс 82 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 160/110, 150/100 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный. В нижней половине живота определяется опухолевидное образование без четких контуров, плотноватой консистенции. Мочеиспускание учащено, стул без особенностей.

Гинекологическое исследование. Влагалище свободное. Шейка матки чистая. Зев закрыт. Тело матки обычных размеров, смещено вправо и впереди. Слева и сзади от тела матки пальпируется опухолевидное образование, вытянутой формы, 20x15x10 см, выходит из малого таза, плотно-бугристой консистенции, малоподвижное. Инфильтратов в малом тазу не обнаружено. Своды влагалища свободные. Выделения скудные, слизистые.

Ректовагинальное исследование: слизистая прямой кишки подвижная, инфильтратов нет.

Анализ крови: Нв 126 г/л, лейкоциты - $10,7 \times 10^9$, СОЭ 32 мм в час.

Анализ мочи в норме.

УЗИ: матка без особенностей. Правый яичник не определяется. Левый яичник представляет собой жидкостное многокамерное образование 20x15x10 см, с эконегативными включениями. В брюшной полости – свободная жидкость.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Лечение.
4. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 10

Больная В, 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 5 последних лет, когда стала отмечать обильные менструации до 6-7 дней и боли внизу живота.

Анамнез. С 40 лет анемия, по поводу чего лечилась у терапевта. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4 – 5 дней. Беременностей было 2: одни роды, один самопроизвольный выкидыш. Последние 10 лет от беременности не предохранялась и не беременела.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Мочеиспускание и стул в норме.

Гинекологический статус. Влагалище рожавшей женщины, в верхней трети просматривается опухолевидное образование синевато-багрового цвета, до 3 см в диаметре. При бимануальном исследовании пальпируется ножка опухоли, исходящая из цервикального канала. Шейка матки укорочена. При пальпации матка с неравномерными контурами, плотная, безболезненная, увеличена до 9 – 10 недель беременности. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие. Инфильтратов нет. Выделения обильные кровянистые

Анализ крови: Нв - 80г/л, Эр- $2,8 \times 10^{12}$, СОЭ - 8 мм/час.

Анализ мочи: Без патологии.

Мазок из влагалища: нормоценоз.

УЗИ: В теле матки несколько эхонегативных образований, размерами 3х2, 2х2, 4х3 см, расположенных субсерозно, внутримышечно, а одно в полости влагалища. Яичники с обеих сторон поликистозно изменены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Лечение.

ЗАДАЧА № 11

Больная А., 24 лет доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей и схваткообразные боли внизу живота, которые появились накануне вечером после физической нагрузки.

Анамнез: Экстрагенитальную патологию отрицает. Менструации с 14 лет, по 3 – 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация - 2,5 месяца назад. Считает себя беременной, беременность желанная. Половая жизнь с 17 лет, в настоящее время в браке. В 19 лет был медицинский аборт, без осложнений.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела – 36,4° С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, чистые. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул был накануне. Мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки длиной до 1 см, мягкая, внутренний зев проходим для пальца исследующего (1,5 см). Тело матки увеличено до 8 – 9 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, слегка болезненное. Придатки не определяются. Выделения кровянистые умеренные, после осмотра усилились.

УЗИ: Визуализируется плод, соответствующий 8-9 неделям беременности. Сог плода – (-). Хорион полностью отслоен от стенки матки с наличием ретрохориальной гематомы – 30-40 мл.

Анализ крови: Нв – 112 г/л. Эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$. Лейкоциты – $6,8 \times 10^9$. СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы возможные причины возникшего осложнения?
3. Лечение.
4. Реабилитация.

ЗАДАЧА № 12

Беременная Н., 30 лет доставлена в родильное отделение Центральной районной больницы с жалобами на появление в небольшом количестве ярких кровянистых выделений из влагалища.

Данные анамнеза: Каких-либо заболеваний, кроме ОРВИ, не отмечает. Состоит на учете в женской консультации. Настоящая беременность пятая. Первая в 22 года закончилась

своевременными родами без осложнений, 2-я и 3-я – медицинскими абортами, 4-я – самопроизвольным поздним абортом при сроке 20 недель беременности.

Данные общего исследования: При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. PS=78 в мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный.

Акушерский статус: Матка в нормотонусе, безболезненная, возбудима при пальпации. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное до 136 уд.в мин.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно.

В зеркалах: Шейка матки сформирована, без нарушения эпителия, из зева мажущие кровянистые выделения, зев щелевидный, закрыт.

УЗИ: В полости матки один плод, соответствует – 34-35 недель беременности, в ягодичном предлежании. Сог (+). Плацента по передней стенке матки, перекарывает внутренний зев.

Общий анализ крови по cito: Hb – 104 г/л, гематокрит – 32.

Анализ мочи без патологии.

Беременной назначен постельный режим, спазмолитики, антианемическая терапия.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения пациентки.
3. С какой патологией следует провести дифференциальную диагностику?
4. Какова тактика врача при повторном кровотечении?

ЗАДАЧА № 13

Повторнородящая А., 26 лет, поступила в родильный дом при беременности 38-39 недель с регулярной родовой деятельностью в течение 3 часов.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Беременность по счету 3. Предыдущие закончились одними своевременными родами, 1 медицинским абортом по желанию женщины. По поводу данной беременности состояла на учете в ЖК. Течение беременности осложнилось анемией I степени, отеками I степени (на голенях), в связи, с чем получала амбулаторное лечение. В 26 недель беременности перенесла ОРЗ с подъемом температуры до 37,3 ° С. В сроке беременности 33-34 недели при УЗИ обнаружено повышенное количество вод. БПР-8,3 см, лобно-затылочный размер головки плода-10,5 см.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Рост-166 см, вес- 79 кг. Ps-92 ударов в минуту ритмичный удовлетворительного наполнения. АД- 120/80; 115/80 мм рт. ст. На голенях небольшие отеки. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Живот увеличен за счет беременности.

Данные акушерского исследования: Размеры таза: D. sp.- 26 см, D. cr.- 28 см, D. tr.-32 см, С. ext.- 20,5 см. Окружность живота- 112 см, высота стояния дна матки- 42 см.

Родовая деятельность активная, схватки через 5-6 минут по 35-40 секунд. Пальпация частей плода затруднена. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено ритмичное, до 140-150 ударов в минуту справа ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края мягкие, открытие маточного зева до 3 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достижим, костных экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С какой акушерской патологией следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика врача?
4. Каковы возможные осложнения?

ЗАДАЧА № 14

Больная З., 32 лет обратилась к врачу женской консультации с *жалобами* на темно-кровянистые выделения из влагалища накануне менструации, боли перед и во время менструации внизу живота и пояснице.

Данные анамнеза. Месячные с 12 лет, установились сразу по 3- 4 дня, через 27-28 дней, умеренные, последний год - болезненные. Последняя менструация была 20 дней назад. Половая жизнь с 21 года. Было 4 беременности: 1 роды, 3 мед. аборта. Из гинекологических заболеваний: в 28 лет произведена диатермоэлектрокоагуляция по поводу безэффективности консервативного лечения экзоцервицита.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальной окраски. Ps-74 ударов в минуту, АД - 100/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Данные гинекологического исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Зев закрыт. На шейке матки имеются мелкокистозные образования сине-багрового цвета, из которых отходят темно-кровянистые скудные выделения. Такие же скудные выделения имеются из зева шейки матки. Тело матки шаровидной формы, увеличено до 5 недель беременности, безболезненное при пальпации. Придатки не определяются. Параметрии свободные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. С какой патологией следует дифференцировать?
4. Каков доказательный алгоритм лечения данной патологии (класс «В»).

ЗАДАЧА № 15

Беременная Л., 21 года доставлена в стационар с жалобами на боли внизу живота.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Менструальная функция с 13 лет, менструации по 4-5 дней, через 24-27 дней, нерегулярные, задержки до 30 дней. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременность 1, в данный момент срок гестации- 16 недель. По поводу беременности встала на учет в ЖК.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Ps-92 ударов в минуту, ритмичный. АД- 110/70; 105/65 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка в нормотонусе, возбудима.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, плотная, в зеркалах цианотичная, чистая. Наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 16 недель беременности. Слева и кзади от матки пальпируется образование размером 12x8x7 см, болезненное, тугоэластической консистенции, неподвижное. Правый свод свободный.

Дополнительные методы исследования: Hb-126 г/л; лейкоциты - $9,8 \times 10^9$; СОЭ- 20 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить?
4. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 16

Роженица Н., 27 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 6 часов, при сроке 37-38 недель.

Данные анамнеза: Беременность по счету четвертая, предыдущие закончились одними своевременными родами (масса плода 3800 г), 2-мя медицинскими абортами по желанию женщины. ЖК посещала нерегулярно, от УЗИ скрининга отказывалась. Амбулаторно получала лечение по поводу анемии беременных I степени (Hb-104 г/л).

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост-164 см, вес- 80 кг. Ps-88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД- 120/80; 125/85 мм рт. ст. На голенях пастозность. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Передняя брюшная стенка перерастянута. Живот увеличен за счет беременности.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 118 см, высота стояния дна матки- 42 см. Положение плода продольное, предлежит головка, средних размеров, слегка прижата к входу в малый таз. В дне матки пальпируется плотная баллотирующая часть. Сердцебиение плода выслушивается справа от пупка до 140 ударов в минуту и слева от пупка до 150 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края мягкие, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, напрягается во время схватки. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С какой патологией следует дифференцировать?
3. План ведения родов по периодам.
4. Каковы возможные осложнения?

ЗАДАЧА № 17

Первобеременная А, 18 лет обратилась в женскую консультацию на очередной осмотр. В течение последних дней ее беспокоят отеки на нижних конечностях, возникающие к концу дня.

Данные анамнеза: Женщина с 8 недель беременности состоит на учете и регулярно посещает женскую консультацию. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При последнем осмотре (неделю назад) состояние было удовлетворительным, АД 135/75 – 110/60 мм.рт. ст., в области голеней – незначительная пастозность. Общий анализ мочи без патологии. Прибавка массы тела за неделю составила 500 г. Врачом женской консультации поставлен диагноз: Беременность 35 недель, патологическая прибавка массы тела. Назначена бессолевая диета и разгрузочный день.

Данные общего исследования: общее состояние удовлетворительное, но за прошедшую неделю, несмотря на разгрузочный день, беременная вновь прибавила 600 г. Зрение не нарушено, головной боли не отмечает, на голенях и стопах умеренные отеки, температура тела – 36,7 С., АД 150/85 – 145/85 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые, границы в норме. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные акушерского исследования: Размеры таза: 26 –28 –31 –21 см. Окружность живота - 95 см., высота стояния дна матки – 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка, частота – 134 уд/мин.

Экстренно проведен *общий анализ мочи:* цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1020, реакция кислая, содержание белка – 0,8 г/л. При микроскопии осадка установлено: лейкоцитов – 2-3 в поле зрения, эритроциты и цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Отметьте клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями почек.
4. Когда и какие ошибки были допущены при ведении беременной?
5. Соответствует ли назначение бессолевой диеты и разгрузочного дня принципам доказательной медицины в лечении отеков беременных?
6. Какие лекарственные препараты с точки зрения доказательной медицины необходимо применять в данном случае?

ЗАДАЧА № 18

Роженице А., 25 лет, поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 10 часов при беременности 38 недель. При поступлении предъявляет жалобы на усталость, ночь не спала. Воды не изливались

Данные анамнеза: Соматически здорова. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 3 – 4 дня, через каждые 28 – 29 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 23 лет. Беременность вторая. В анамнезе 1 медицинский аборт, который осложнился острым эндометритом, лечение стационарное. Состоит на учете по беременности с 9 недель. В сроке 10 недель беременность осложнилась угрозой прерывания, лечилась в стационаре.

Данные общего исследования: При поступлении общее состояние удовлетворительное. Роженица утомлена, между схватками дремлет. Телосложение правильное, рост 168 см, масса тела 78 кг. Видимых отеков нет. Температура тела – 36,8° С, АД 120/80, 115/75 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Показатели крови и мочи без патологии.

Данные акушерского исследования: Живот овоидной формы, окружность живота 94 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Размеры таза: 26 –28 –31 –20 см. Схватки продолжительностью 20 – 25 сек, через 8 – 10 мин, слабые. Положение плода продольное,

предлежит головкой, которая прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 132 уд/мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края тонкие. Открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, при схватках напряжен. Предлежащая головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Мыс крестца не достигается, крестцовая впадина емкая.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие поставленный диагноз.
3. Оцените предполагаемую массу плода.
4. Назовите причину развития патологических родов.
5. План ведения родов.

ЗАДАЧА № 19

Беременная В., 27 лет поступила в родильный дом в связи с излитием околоплодных вод 2 часа назад, без родовой деятельности.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Месячные с 14 лет, по 4-5 дней через 30 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, в браке. Беременность по счету 1. Состояла на учете в ЖК, однако последние 3 недели ЖК не посещала. По данным месячных, первому шевелению плода и по первой явке в ЖК срок беременности соответствует 40-41 неделе.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°C. Рост-164 см, вес-74 кг. Кожные покровы обычной окраски. Ps-76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД- 120/80; 125/85 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 104 см, высота стояния дна матки- 38 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 27 см, D. tr.-30 см, С. ext.- 19 см. Живот остроконечной формы, увеличен за счет беременной матки. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, слегка прижаты ко входу в малый таз. В дне матки пальпируется головка плода. Сердцебиение плода выслушиваются слева выше пупка до 132 ударов в минуту, ясное.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки центрирована, длиной до 3 см, размягчена, открытие внутреннего зева 1,5 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежат ягодицы, слегка прижаты к входу в малый таз. Воды текут, светлые. Мыс достижим, С. d.=12 см. Экзостозов в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. План ведения родов.

ЗАДАЧА № 20

Первобеременная М., 33 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью в течение 10 часов и подтеканием околоплодных вод в течение 2-х часов.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Месячные с 16 лет, по 4-5 дней через 28-30 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Беременность по счету 3. Две предыдущие закончились медицинскими абортами. С 28 лет замужем, беременность наступила на 5 году после замужества. Наблюдалась в ЖК с 10 недель. По данным месячных, первому шевелению плода и первой явке в ЖК срок беременности соответствует 42 неделям. Последние 3 недели в ЖК не ходила.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Рост-168 см, вес-79 кг. Кожные покровы обычной окраски. Ps-78 ударов в минуту ритмичный удовлетворительного наполнения. АД- 120/80; 125/85 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Живот правильной округлой формы. Окружность живота- 98 см, высота стояния дна матки- 38 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 27 см, D. tr.-31 см, С. ext.- 20 см. Матка в тонусе. Схватки редкие через 8-10 минут, по 25-30 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное до 110 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края плотные, во время схватки спазмируются. Открытие маточного зева до 4 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в косом размере плоскости входа в малый

таз. Кости черепа плотные, швы и роднички выражены слабо. Воды текут, зеленые. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие имеются осложнения?
4. План ведения родов.
5. Какая тактика ведения родов у данной роженицы соответствует доказательности класса А?

ЗАДАЧА № 21

Первобеременная Д., 24 лет поступила в родильный дом в сроки 37-38 недель беременности с регулярной родовой деятельностью и излитием околоплодных вод.

Данные анамнеза: Наследственность не отягощена. В детстве часто болела простудными заболеваниями, ангиной. Состоит на учете у кардиолога по поводу комбинированного порока сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана, N₀. Менструальные с 14 лет, по 4-5 дней, через 24 дня умеренные, безболезненные. С наступлением беременности была госпитализирована в терапевтическое отделение для обследования. Беременность была сохранена. Наблюдалась у терапевта и гинеколога.

Данные общего исследования: При поступлении кожные покровы обычной окраски. Одышка появляется только при значительной физической нагрузке, цианоза нет. Ps-78 ударов в минуту ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД- 100/60; 105/60 мм рт. ст. ЧД- 16 в минуту. Дыхание везикулярное хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, на верхушке выслушиваются систолический и диастолические шумы. Живот мягкий, увеличен за счет беременности. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 94 см, высота стояния дна матки- 36 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 28 см, D. tr.-30 см, C. ext.- 20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 124 ударов в минуту. Схватки через 4-5 мин. По 40 секунд хорошей силы.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 6 см. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Таз емкий, мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Проведено обезболивание, запись КТГ плода.

Через 4 часа началась потужная деятельность. Потуги через 2-3 минуты по 60 секунд.

Состояние роженицы резко ухудшилось, появились жалобы на затрудненное дыхание, цианоз видимых слизистых и ногтевых лож. Ps-108, ритмичный АД- 100/60; 90/60 мм рт. ст. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, на верхушке сердца - систолические и диастолические шумы. Имеются отдельные экстрасистолы. Сердцебиение плода глухое, до 160 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: Открытие шейки матки полное. Головка в плоскости узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодного пузыря нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие экстренные мероприятия необходимо провести (акушерские операции, анестезия, интенсивная терапия)?

ЗАДАЧА № 22

Беременная К., 26 лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на распирающие боли в животе (появились сегодня утром), слабость, кровянистые выделения из влагалища.

Данные анамнеза: в 12 лет перенесла острый пиелонефрит, по поводу чего неоднократно лечилась в стационаре. В 14 лет выполнена тонзилэктомия. Менструации с 14 лет, регулярные. В анамнезе 1 роды и 2 мед.аборта. С 8 недель беременности состоит на диспансерном учете в женской консультации. На момент поступления по данным месячных, первому шевелению плода срок беременности соответствует 33-34 неделям. За время наблюдения в течение беременности с 26 недель появлялись отеки, в моче - следы белка, по поводу чего лечилась стационарно в сроке 31-32 недели.

Данные общего исследования: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Ps-110 ударов в минуту ритмичный, слабого наполнения. АД- 90/60; 85/60 мм рт. ст. ЧД-20 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. Hb-84 г/л, Htr-25. Живот увеличен за счет беременности.

Данные акушерского исследования: Регулярной родовой деятельности нет. Матка в гипертонусе, напряжена. Пальпация плода затруднена. Отмечается локальная болезненность по правому ребру матки. Сердцебиение плода не выслушивается.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, заполнено сгустками крови (приблизительно 200 мл). Шейка матки без нарушения эпителиального покрова, сформирована, длиной до 3 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Из цервикального канала истекает темная кровь со сгустками. Через своды определяется предлежащая головка плода. Общая кровопотеря около 400 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. С чем следует дифференцировать?
4. Какие осложнения возможны?
5. Какое лечение следует провести?

ЗАДАЧА № 23

Роженица Ж., 30 лет, поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 8 часов. Последние 2 дня не ощущает шевеления плода. Срок беременности соответствует 38 неделям.

Данные анамнеза: Наследственность отягощена (у отца сахарный диабет). Страдает хроническим пиелонефритом. Менструальная функция не нарушалась. Беременность по счету 5. Одни своевременные роды, 3 медицинских аборта. Данная беременность протекала на фоне анемии, дважды перенесла ОРЗ, отмечалось обострение пиелонефрита в 28 недель.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,4°C. Ps-84 удара в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД- 130/90; 125/85 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 110 см, высота стояния дна матки- 40 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 27 см, D. tr.-30 см, C. ext.- 19,5 см. Матка при пальпации вне схваток безболезненная. Схватки через 3-4 минут, по 40-45 секунд хорошей силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, Открытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, вскрыт во время исследования, излились густые зеленые воды с примесью мекония. Головка плода стреловидным швом в прямом размере плоскости входа в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза в соответствии со стандартами?
3. План ведения родов.

ЗАДАЧА № 24

Роженица С., 35 лет, повторнородящая, находится в родильном зале во II периоде родов. Первый период родов продолжался 7 часов, без вод 4 часа. В потугах 50 минут. Потуги через 4-5 минут по 40-50 секунд, слабой силы. Вводился окситоцин в/в капельно.

Данные анамнеза: Менструальная функция не нарушалась Беременность пятая: двое родов и 2 медаборта. Масса детей при рождении: первого-3400г, второго-3700г.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. рост-166 см, вес-90 кг. Ps-84 удара в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД- 130/90; 125/85 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 108 см, высота стояния дна матки- 39 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 28 см, D. tr.-32 см, C. ext.- 20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом в полости малого таза. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, во время схватки урежается до 100- 110 ударов в минуту и быстро восстанавливается после схватки.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Плодного пузыря нет. Большую часть полости малого таза занимает головка плода. Внутреннюю поверхность лонного сочленения пропальпировать не удается, сзади пальпируется копчик, сбоку седалищные бугры. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок слева спереди. На головке умеренная родовая опухоль.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие осложнения возможны?
3. Что делать?

ЗАДАЧА № 25

Первобеременная З., 35 лет, поступила в родильный стационар заблаговременно с диагнозом: Беременность 38-39 недель. Миома матки. Возрастная первородящая.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Менструальная функция в норме. Лечилась по поводу бесплодия 5 лет. В 28 лет выявлена миома матки и произведена операция - энуклеация 3-х миоматозных узлов. Через 2 года на УЗИ вновь выявлены миоматозные узлы небольших размеров. Лечение не проводилось, так как наступила беременность. Плод соответствует сроку беременности, в продольном положении, головном предлежании. Нарушения питания узлов не выявлено.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост- 172 см, вес-70 кг. Температура тела 36,2°C. Ps-72 удара в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД- 120/80; 115/70 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 98 см, высота стояния дна матки- 38 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 28 см, D. tr.-31 см, C. ext.- 20,5 см. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное до 130 ударов в минуту. Пальпация миоматозных узлов безболезненная.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки по Бишоп 2 балла. Предлежит головка, над входом в малый таз. Воды целы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Предположительный план родоразрешения.
3. Дополнительное обследование.
4. Возможные осложнения.
5. Что определяет тактику ведения беременности и родов с позиции доказательной медицины?

ЗАДАЧА № 26

Роженица А., 32 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью, начавшейся 7 часов назад.

Данные анамнеза: Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Беременностей было 7: четверо своевременных родов и 2 медаборта, последний из которых осложнился метрэндометритом. Два года назад перенесла операцию по поводу внематочной беременности. По поводу настоящей беременности состоит на диспансерном учете, обследована согласно стандартам.

Данные общего исследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. рост-164 см, вес-76 кг. Ps-92 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 120/80; 125/80 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Данные акушерского исследования: Живот увеличен за счет беременности, несколько асимметричной формы. Окружность живота- 108 см, высота стояния дна матки- 41 см. Размеры таза: D. sp.- 25 см, D. cr.- 27 см, D. tr.-30 см, C. ext.- 20 см. Схватки следуют через 2-4 минуты по 45-50 секунд, болезненные, присоединяются потуги. Мочеиспускание затруднено, моча выведена катетером - прозрачная. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена ровень. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное до 110 -120 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достигим. Воды текут зеленые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать?
3. Какие были допущены ошибки при ведении данной беременной?
4. Какому уровню доказательности соответствует требуемая тактика родоразрешения данной пациентки?

ЗАДАЧА № 27

Роженица Ш., 26 лет, поступила в клинику в сроке беременности 40 недель, с активной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад.

Данные анамнеза: Беременностей - 2. Первая беременность закончилась своевременными родами. Вторая - запоздалыми родами, осложнившимися слабостью родовых сил. Ребенок родился массой 4150 г, умер через 1 час после рождения. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений.

Данные акушерского исследования: Живот овоидной формы, окружность - 116 см, высота стояния дна матки - 42 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева - 14,5 см. Положение плода продольное, предлежащая головка прижата к входу в малый таз, спинка определяется слева, мелкие части - справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота - 136 уд. в мин. Признак Генкеля-Вастена положительный. Истинная конъюгата, вычисленная по наружной с учетом индекса Соловьева, - 11 см. Схватки через 2-3 мин по 45-50 с, сильные, очень болезненные.

Данные влагалищного исследования: Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимы, раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, напряжен, вскрылся во время исследования. Излилось умеренное количество вод (около 300мл). Голова плода прижата ко входу в малый таз. Лобный шов - в поперечном размере входа в малый таз. Слева достигается большой родничок, справа пальпируются надбровные дуги и корень носа. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Величина окружности головки плода, проходящей через малый таз при описанном предлежании. Какому размеру головки соответствует эта окружность?
4. Тактика ведения родов.

ЗАДАЧА № 28

Больная Ж., 30 лет, была доставлена машиной скорой помощи в гинекологический стационар с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, которое появилось внезапно дома 1 час назад.

Анамнез. Менструальная функция нарушена отсутствием менструаций в течение 2-х месяцев. Половая жизнь с 25 лет. Было 2 беременности, которые закончились медабортом, последний - год назад. Послеабортный период дважды осложнялся острым эндометритом, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре. В настоящее время считает себя беременной, тест на беременность положительный.

Объективно: состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Температура 36,7 С. Пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

Гинекологическое исследование. Влагалище нерожавшей женщины. В зеркалах – шейка матки колбообразно расширена, цианотична, с эксцентрически расположенным наружным маточным зевом; выделения из цервикального канала кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: наружный маточный зев с трудом пропускает кончик пальца; тело матки увеличено до 5 – 6 недель беременности, плотная, безболезненная, шейка матки, имеет мягкую консистенцию; придатки с обеих сторон не определяются, своды и параметрии свободные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, способствующие возникновению данной патологии.
4. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию?
5. Порядок оказания помощи.

ЗАДАЧА № 29

Роженица Ф., 24 лет, поступила в родильный дом с регулярными схватками. Беременность соответствует сроку 35 недель, двойня.

Из анамнеза беременность вторая. Первая закончилась преждевременными родами 2 года назад. Данная беременность протекала без осложнений.

Акушерское исследование: окружность живота 115 см, высота стояния матки над лоном 36 см. Приемами Леопольда определяется головка первого плода, прижатая ко входу в малый таз, спинка справа. Сердцебиение первого плода выслушивается справа, ниже пупка, 140 уд/мин, ясное, ритмичное. В дне матки справа определяется тазовый конец первого плода и слева головка второго плода. Слева выше пупка выслушивается сердцебиение второго плода – 136 уд/мин, ясное, ритмичное. Схватки продолжительностью 20 – 25 сек через 6 – 7 минут, хорошей силы.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки укорочена до 0,5 см, мягка, края легко растяжимы, открытие маточного зева 3 – 4 см. Плодный пузырь цел, передних вод умеренное количество. Предлежащая головка расположена в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим, деформации костей таза нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные подтверждающие диагноз.
3. Необходимые дополнительные методы исследования согласно стандартам.
4. Протокол ведения родов.

ЗАДАЧА № 30

Беременная Т., 26 лет поступила в родильный дом по направлению ЖК в сроке 37-38 недель. Двойня. Отмечает ноющие боли в пояснице и внизу живота последние несколько дней.

Данные акушерского исследования: Окружность живота- 112 см, высота стояния дна матки- 42 см. Пупок выпячен. Матка напряжена. Создается впечатление о продольном положении I плода, т.к. в дне матки пальпируется плотная часть - головка плода, а над входом в малый таз - ягодицы. Пальпируются множество мелких частей с обеих сторон, и выслушивается сердцебиение плода слева выше пупка до 140 ударов в минуту и слева ниже пупка до 150 ударов в минуту. Размеры таза: 24-26-30- 19 см.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки укорочена, до 2 см, по Бишоп 5-6 баллов. Плодный пузырь цел. Предлежит мягкая часть - ягодицы. Таз емкий. Мыс достижим с трудом С.д.= 12,5см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. План родоразрешения.

ЗАДАЧА № 31

Беременная Л., 26 лет пришла к врачу женской консультации на очередной прием в сроке 24 недели беременности. Жалобы на незначительные тянущие боли в пояснице.

Данные анамнеза: Беременность третья: 1 мед. Аборт и 1 преждевременные роды в 34 недели

Данные общего обследования: Общее состояние удовлетворительное. При пальпации живот мягкий безболезненный. Дно матки на уровне пупка, матка слегка возбудима.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, длиной до 2-х см, мягковатой консистенции. Зев приоткрыт до 1 см. Матка увеличена до 23-24 недель беременности, возбудима. Придатки не определяются. Выделения слизистые.

По данным УЗИ матка в повышенном тоне. Плод живой, соответствует сроку беременности 23-24 недели. Плацента в дне матки. Длина шейки матки 2 см, внутренний зев расширен до 14 мм.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Возможные осложнения.
3. Стандарт оказания помощи при данной патологии.

ЗАДАЧА № 32

Роженица В., 34 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 2 часа назад. Срок беременности 40 недель.

Анамнез: Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Первая беременность закончилась медабортом, вторая – преждевременными родами при сроке 35 недель, осложнившимися гипотоническим кровотечением с последующей гемотрансфузией.

Данные влагалищного исследования:

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена полностью, открытие маточного зева 7-8 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Таз емкий, экзостозов нет.

Через 40 мин излились околоплодные воды и начались потуги через 3-4 мин, по 50 сек. Головка плода на тазовом дне. С целью профилактики кровотечения начато в/в введение окситоцина. Родилась живая доношенная девочка с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, массой 4000 г. Моча выведена по катетеру, светлая. Через 10 мин самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. С целью профилактики кровотечения производится в/в введение окситоцина по 40 капель в мин. С последом выделилось 100 мл крови. Матка хорошо сократилась.

Через 10 мин кровотечение возобновилось, кровопотеря достигла 300 мл. Матка гипотоничная. Состояние родильницы удовлетворительное. Пульс – 88 уд/мин. АД – 125/80 мм рт. ст. Общая продолжительность родов составила 4 часа.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причина развития данной патологии у родильницы. Какая величина допустимой кровопотери у данной роженицы?
4. Протокол оказания медицинской помощи и принципы лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 33

Врач машины скорой помощи вызван на дом к беременной женщине по поводу пищевого отравления

Женщина, 21 года, заторможена, в контакт вступает с трудом. Жалобы на тошноту, рвоту, резкие боли в подложечной области, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Заболевание связывает с приемом острой пищи. Указанные жалобы появились вскоре после обеда. Никто из членов семьи не заболел.

Объективно: При осмотре больная бледна, взгляд фиксирован в одну точку, отмечается одутловатость лица и отеки голеней. Пульс 92 уд/мин, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Живот увеличен за счет беременности, соответствующей доношенному сроку. Пальпируется головка плода, расположенная над входом в малый таз. Определяется шевеление плода. В течение последних двух недель отметила появление отеков на ногах, периодическую головную боль. Измерение АД выявило гипертензию 170/110 на правой руке и 160/100 мм рт. ст. на левой.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз и наиболее характерные симптомы патологии, выявленные у беременной.
3. Стандарт оказания медицинской помощи и принципы лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 34

Беременная О., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности родильного дома с жалобами на патологическую прибавку веса (3 кг за неделю), появление отеков на нижних конечностях, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. Срок беременности 37-38 недель. Беременность первая.

Данные общего и акушерского исследования. Состояние относительно удовлетворительное, значительные отеки на голенях, передней брюшной стенке. Масса 79 кг, рост 158 см. АД 140/90 мм рт. ст. Окружность живота 104 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 132 уд/мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Размеры таза 25-28-30-20 см. Протеинурия в количестве 0,33-0,66‰.

В отделении патологии беременных больная в течение 2-х недель получала лечение. АД сохранялось в пределах 130/90 - 135/95 мм рт. ст. Суточная протеинурия составляла 0,66‰.

В 40 недель началась регулярная родовая деятельность. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод. Развилась регулярная родовая деятельность. артериальное давление повысилось до 140/100 мм рт. ст., белок в моче увеличился до 3,3‰.

Через 10 часов от начала родов возник припадок судорог с потерей сознания. АД - 180/110 мм рт. ст. Внутривенно введен дроперидол 7,5 мг, промедол 2% - 1,0, седуксен 10 мг и затем под в/в наркозом произведено влагалищное исследование.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, открытие полное, плодного пузыря нет; предлежит головка, удается определить свободной нижней третью крестцовой впадины и нижний край лонного сочленения, ости седалищных костей достигаются легко. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди, большой не достигается, кости черепа плотные, экзостозов в тазу нет.

Вопросы.

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие диагноз.
3. Какова тактика ведения родов и послеродового периода при данной патологии согласно клиническому протоколу?

4. Ошибки, допущенные при ведении женщины.

ЗАДАЧА № 35

Родильница В., 26 лет, на 4-й день послеродового периода пожаловалась по повышению температуры, чувство жжения и боли в области промежности, затрудненный стул.

Данные анамнеза. Настоящие роды вторые, протекали нормально. Разрыв промежности II степени ушит кетгутowymi и шелковыми швами. Послеродовой период в течение первых двух суток протекал без осложнений. К концу третьего дня повысилась температура тела - до 37,3°C, появилось общее недомогание, головная боль, жжение и боль в области промежности и влагалища.

Объективно. Температура тела - 37,3°C, АД - 120/60-120/65 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота - 80 уд. в мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы здоровы. Живот мягкий, безболезненный, дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка, матка плотная, безболезненная. Лохии в небольшом количестве с примесью сукровицы, без запаха. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причины послеродового септического заболевания.
4. Стандарт оказания медицинской помощи и протокол лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 36

Родильница Н., 27 лет, повторнородящая, на 4-е сутки после родов в связи по жаловалась на ухудшение общего состояния, повышением температуры тела до 39°C с ознобом.

Данные анамнеза. Настоящие роды были осложнены преждевременным излитием вод (безводный промежуток 20 час), слабостью родовых сил. В связи с внутриутробной гипоксией плода, роды были закончены наложением полостных акушерских щипцов с извлечением живого ребенка массой 3800 г. Последовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. В течение первых трех суток состояние родильницы было удовлетворительное, температура тела нормальная. С 4-го дня общее состояние стало прогрессивно ухудшаться.

Объективно Кожа умеренно гиперемирована. Температура тела - 39°C, пульс - 96 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки определяется на 3 поперечных пальца ниже пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Стул нормальный.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы и влагалище без патологических изменений. Шейка матки сформирована, цервикальный канал проходим для 2 см, своды влагалища свободны, глубокие. Матка увеличена до 16 недель беременности, мягковатая, округлой формы, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Выделения бурого цвета с неприятным, гнилостным запахом.

По данным *УЗ-сканирования* полость матки расширена, в полости матки обнаружены эхонегативные включения.

В мазке из влагалища обнаружена обильная кокковая флора.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Предрасполагающие факторы развития данной патологии послеродового периода.
4. Протокол лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 37

Родильница Ч., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на резкую боль в правой молочной железе и ухудшение общего состояния.

Данные анамнеза. 12 дней назад произошли физиологические роды, родился мальчик массой 3200г. На 3-й день после родов появились поверхностные трещины сосков. На 5-й день после родов женщина выписана домой.

Дома отмечала трудности в кормлении из-за упругости молочных желез, особенно с правой стороны. Пыталась сцеживать молоко после кормлений. Утром в день обращения повысилась температура тела - до 39°C, появились озноб, боль в правой молочной железе. Состояние ухудшалось, озноб повторялся несколько раз в день, усилилась боль в молочной железе, нарушился сон и аппетит.

Объективно. При поступлении температура тела - 39,2°C, пульс - 120 уд. в мин, ритмичный, В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Матка над лоном не пальпируется, выделения скудные, слизистые.

Молочные железы большие, соски в хорошем состоянии. Правая молочная железа несколько увеличена в объеме по сравнению с левой, горячая на ощупь, напряжена, болезненна при пальпации, кожа ее в верхненаружном квадранте отечна, гиперемирована, с цианотичным оттенком, ярко выражена поверхностная венозная сеть. При осторожной пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат величиной 8x8 см, в центре которого определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Стандарт оказания медицинской помощи и протокол лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 38

Роженица К., 36 лет, многорожавшая, доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью.

Данные анамнеза. Настоящие роды шестые, предыдущие 5 закончились без осложнений рождением здоровых детей.

Объективно. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Живот увеличен за счет беременности. Положение плода продольное, предлежащая голова в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота - 140 уд. в мин. Через 15 мин после поступления родилась живая доношенная девочка массой 3950 г.

Спустя 10 мин из половых органов родильницы появились кровянистые выделения. Матка плотная, округлой формы, дно её располагается на уровне пупка. Свисающая из влагалища пуповина с лигатурой возле промежности при глубоком вдохе и выдохе вытягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня. При надавливании ребром кисти на подчревьё пуповина вытягивается во влагалище. Кровянистые выделения из половых органов усилились, кровопотеря, составляющая 400 мл, продолжается.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз. Какова величина допустимой кровопотери данной роженицы?
3. Протокол оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 39

Беременная Р., 23 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на схваткообразную боль внизу живота и в поясничной области, усиливающуюся при малейшем напряжении. Срок беременности 32 недели.

Данные анамнеза. Настоящая беременность первая, беременность протекала без осложнений. Неделий позже перенесла тяжелую форму гриппа с температурой 38 С.

Данные акушерского исследования. Живот увеличен за счет беременности, окружность живота - 80 см, высота стояния дна матки над лобком - 28 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть голова, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота - 136 уд. в мин. Матка легко возбудима при пальпации. Предполагаемая масса плода - 2240 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, укорочена до 1,5 см, наружный зев пропускает кончик пальца, по Бишоп 4 балла. Через свод влагалища определяется предлежащая часть - головка, подвижная над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какой этиологический момент послужил причиной возникновения акушерской патологии у беременной?
4. Стандарт ведения беременности при данной патологии.

ЗАДАЧА № 40

Роженица Т., 38 лет, в сроке беременности 39 недель поступила в родильный дом по поводу кровотечения из влагалища, начавшегося 2 часа назад с появлением родовых схваток. В момент поступления кровопотеря составила 50 мл.

Данные анамнеза. Всего беременностей шесть: двое родов без осложнений, 3 медицинских аборта. Настоящая беременность шестая, протекала без осложнений.

Объективно. При поступлении состояние беременной удовлетворительное. Кожа и слизистая оболочка розовые. АД - 120/60-120/70 мм рт. ст., пульс - 76 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Данные акушерского исследования. Живот правильной овоидной формы, мягкий, безболезненный, окружность - 104 см, высота стояния дна матки над лобком - 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота - 136 уд. в мин. Размеры таза: 25-28-30-21 см. Схватки через 5-6 мин продолжительностью 30-35 с, хорошей силы.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины. Шейка укорочена до 0,5 см, раскрытие маточного зева 3-4 см. В шейке матки спереди слева за отверстием пальпируется мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью. Большая часть отверстия занята плодными оболочками, напрягающимися при схватках. Предлежащая головка плода подвижна над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет. После влагалищного исследования кровотечение не возобновилось.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Возможные риски для матери и плода при данной патологии.
4. Протокол ведения родов.

ЗАДАЧА № 41

Роженица Н., 35 лет, поступила в родильный дом через 2 ч от начала схваток. Срок беременности - 40 недель. Беременность протекала без осложнений. В приемном отделении роддома излились воды в умеренном количестве.

Данные акушерского исследования. Живот увеличен за счет беременности, поперечно-овальной формы, окружность - 104 см. Высота стояния дна матки над лобком - 29 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева - 14 см. Дно матки широкое, плоское, в боковых ее отделах пальпируются крупные части плода: слева - шаровидная ballotирующая головка, справа - тазовый конец. Над входом в малый таз предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, лучше всего выслушивается слева на уровне пупка, частота - 136 уд. в мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25-30 с через 6-7 мин. Размер истинной конъюгаты, определенный по наружной конъюгате с учетом индекса Соловьева, равен 11 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 1,5 см. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мелкие части плода и пуповины во влагалище не определяются. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Протокол ведения родов.

ЗАДАЧА № 42

Роженица В., 34 лет, поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений.

Через 3 часа после поступления в родильный блок родился живой доношенный мальчик - масса 3000 г, рост - 50 см.

Объективно. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Матка плотная, на один поперечный палец ниже пупка, шаровидной формы. Кровотечения нет.

Через 10 мин после рождения ребенка появились схваткообразные боли внизу живота. Одновременно выделилось 400 мл крови, кровотечение продолжается.

Общее состояние относительно родильницы удовлетворительное, пульс - 90 уд. в мин, ритмичный, хорошего наполнения, АД - 120/70 мм рт. ст. Форма матки изменилась - уменьшилась в поперечнике, стала узкой, дном своим поднялась выше пупка, почти до правого подреберья, над лоном появилось выпячивание. Свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, удлинившись примерно на 8-10 см. При надавливании ребром кисти на подчревьё пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение не прекращается, кровопотеря составляет около 450 мл.

Вопросы.

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие установленный диагноз.
3. Протокол оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 43

Роженица Р., 35 лет, переведена в родблок из отделения патологии беременных, где она находилась по поводу беременности 37 недель и преэклампсии средней степени тяжести.

Данные анамнеза. У Р. гипертоническая болезнь. Беременность первая. При беременности АД в пределах 130/90 - 140/100 мм рт. ст., периодически снижаясь до нормальных цифр. За неделю до поступления прибавка в весе 1,5 кг, в моче белок 0,3 г/л.

УЗИ: головное предлежание плода, предполагаемая масса 2600-2700 г, локализация плаценты в дне матки с переходом на переднюю стенку.

В отделении роженица получала комплексную терапию. С началом регулярной родовой деятельности излились светлые воды в умеренном количестве. Сердцебиение плода 132 удара в 1 минуту, ритмичное. Роды велись на фоне адекватного обезболивания, гипотензивной терапии и профилактики внутриутробной гипоксии плода. Родовая деятельность успешно развивалась. Начались потуги через 4-5 минут по 60-65 секунд. Внезапно роженица пожаловалась на резкие боли в животе, слабость, головокружение.

Объективно. Пульс 110 уд. в мин, ритмичный, мягкий. АД - 80/50 мм рт. ст. При пальпации матка в гипертонусе, предлежащую часть плода определить не удается. Сердцебиение 100 уд. в мин, глухое.

Данные влагалищного исследования. Открытие шейки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка стреловидным швом в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой не достигается; доступны пальпации нижняя треть симфиза, нижняя треть передней поверхности крестца, седалищные ости.

Вопросы.

1. Диагноз.
2. В какой плоскости находится головка плода?
3. Протокол оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 44

В приемное отделение родильного дома доставлена беременная 23 лет при сроке беременности 26 недель с жалобами на разлитые боли по всему животу, тошноту, была двукратно рвота.

При объективном исследовании: кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Температура тела 37,2 С. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД 120/80мм.рт.ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, увеличен за счет беременной матки, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул был накануне. Диурез адекватный. Размеры матки соответствуют сроку беременности. Матка в нормотонусе, при пальпации легко возбужима. Положение плода продольное, сердцебиение плода выслушивается, ритмичное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сформирована, отклонена кзади, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 26 недель беременности, не возбужимо. Выделения светлые, скудные.

Общий анализ крови: эритроцитов- $3,1 \times 10^{12}$, Hb-110г/л, Цв.П.0,9, лейкоцитов- $9,6 \times 10^9$, п-8, с-63, л-23, м-6, СОЭ-26мм/час.

Состояние беременной расценено как угроза преждевременных родов и начата терапия, направленная на сохранение беременности (постельный режим, сульфат магния, спазмолитики). Однако, через 4 часа боли усилились и переместились в правую половину живота, температура тела поднялась до 38,2 С, пульс 110 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст., матка безболезненная, возбужима.

В общем анализе крови увеличился лейкоцитоз до $12,2 \times 10^9$.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие симптомы не были учтены при поступлении больной в стационар?
3. Выполнен ли стандарт обследования?
4. Врачебная тактика.

ЗАДАЧА № 45

В женскую консультацию обратилась больная 58 лет с жалобами на недержание мочи, тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза выяснено, что у больной с 50 лет менопауза. Имеет троих детей, последние роды в возрасте 39 лет крупным плодом. Абортов не было. Гинекологических заболеваний не было. В возрасте 35 лет перенесла операцию грыжесечения, по поводу пупочной грыжи. Страдает гипертонической болезнью 2-й степени.

Объективно: телосложение гиперстеническое, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык чистый, влажный. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает склонность к запорам. Мочеиспускание нарушено в виде недержания мочи.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Передняя и задняя стенки влагалища дряблые. Шейка матки чистая. Соотношение размеров шейки к телу матки 1:4. Тело матки обычных размеров, плотное, безболезненное. Шейка матки расположена на уровне вульварного кольца, при натуживании выходит за его пределы на 1 см, а стенки влагалища выпячиваются вместе с шейкой. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения светлые, скудные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Чем обусловлена данная патология?
3. Стандарт лечения.
4. В чем заключается профилактика данной патологии?

ЗАДАЧА № 46

Больная 52 лет обратилась к врачу с жалобами на ноющие боли внизу живота. Страдает гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Из анамнеза выяснено, что в течение 3-х лет менопауза. Были одни роды, 3 медицинских аборта. В репродуктивном возрасте лечилась по поводу хронического воспалительного процесса придатков матки.

Объективно: телосложение гиперстеническое, кожные покровы бледные. Температура тела 36,5 С. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. Язык влажный. Живот увеличен в размерах, симптомов раздражения брюшины нет, в боковых отделах определяется притупление перкуторного звука. Стул и диурез не нарушены.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Тело матки небольших размеров, плотное, безболезненное. В области придатков с обеих сторон пальпируются образования плотные, бугристые, безболезненные, ограниченные в подвижности, размером до 12 см. в диаметре. Задний свод выбухает, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$, Hb -72 г/л, лейкоциты - 10×10^9 , СОЭ-67 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Стандарт обследования.
3. Врачебная тактика.

ЗАДАЧА № 47

В приемное отделение больницы доставлена больная 37 лет с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, была дважды рвота. Боли возникли два часа назад внезапно.

Из анамнеза: Соматически здорова. Менструальная функция с 13 лет, по 3-4 дня через 28 дней. Последняя менструация прошла в срок. Половая жизнь в браке. В анамнезе 2 родов. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: телосложение нормостеническое, кожные покровы обычной окраски. Температура тела 37,4 С. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, подсыхает. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в пределах физиологической нормы.

Влагалищный статус: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Тело матки обычных размеров, плотное, болезненное при экскурсии. Справа и сзади от матки пальпируется образование размером 5 на 6 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении. Слева придатки не определяются. Своды свободны, выделения светлые, умеренные.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$, Hb-115г/л, цветной показатель 0,8, лейкоциты- 11×10^9 , п-8, с-71, л-10, м-8, э-6, СОЭ-18 мм/час,

Общий анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Стандарт обследования при данной патологии.
3. Протокол ведения пациентки. Обоснуйте объем лечения.

ЗАДАЧА № 48

Больная К., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, слабость, высокую температуру тела.

Данные анамнеза: Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, аппендэктомия. Менструальные с 14 лет, без особенностей. Последние нормальные менструации закончились 2 дня назад. В настоящее время в браке не состоит, имеет случайные половые связи. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела накануне, остро, когда появились сильные боли внизу живота, озноб, обильное потоотделение, температура тела повысилась до 38,7 °С.

Объективные данные: Состояние больной средней тяжести. Температура тела 38,0 °С. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Пульс 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт.ст. Патологических изменений со стороны легких, сердечно-сосудистой системы нет. Живот при осмотре обычной конфигурации. При пальпации болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение брюшных мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Мочеиспускание болезненное. Стул был.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Отмечается отек и гиперемия губок уретры. Влагалище нерожавшей женщины. В зеркалах стенки влагалища и шейки матки чистые. Из цервикального канала обильные гнойные выделения. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Смещение шейки резко болезненное. Матка и придатки четко не пальпируются из-за напряжения мышц передней брюшной стенки.

При исследовании мазков из уретры, шейного канала, влагалища обнаружены в большом количестве внутри- и внеклеточно граммотрицательные диплококки.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты $10,4 \times 10^9$, п – 12, сег. – 77, л – 6, м – 2, э – 3;. СОЭ – 49 мм/час.

Анализ мочи – моча мутная, цвет – желтый, белок – следы, лейкоциты – на все поле зрения, оксалаты.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие диагноз.
3. Стандарт лечения при данной патологии

ЗАДАЧА № 49

В гинекологическое отделение поступает больная 45 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота, длительные и обильные менструации в течение последнего года, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза выяснено, что менструальная функция с 12 лет, менструации по 4-5 дней через 29 дней, умеренные, безболезненные. Последний год менструации удлинились до 10-14 дней, стали обильными. Генеративная функция: 1 роды, 4 медицинских аборта без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает, на осмотре у гинеколога была 4 года назад.

Объективно: телосложение гиперстеническое, кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 76 уд. В минуту. АД 115/75 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул был накануне. Мочеиспускание учащено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки деформирована послеродовыми разрывами, передняя губа гипертрофированна. Тело матки увеличено до 10-11 недель беременности, бугристое, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$, Hb-87 г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$, п-4, с-64, л-26, м-6, СОЭ-25 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Выполнен ли стандарт обследования?
3. Врачебная тактика и методы лечения.

ЗАДАЧА № 50

В гинекологическое отделение поступила больная 24 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, которые начались накануне вечером.

Из анамнеза выяснено, что менструации с 13 лет по 3-4 дня регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя менструация было 2 месяца назад. Половая жизнь с 19 лет вне брака. Был 1 медицинский аборт, без осложнений.

Объективно: телосложение нормостеническое, кожные покровы бледные. Температура тела 36,9 С. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Наружный зев пропускает 1 палец. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Выделения кровянистые, обильные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$, Hb - 89 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты - $8,1 \times 10^9$, п-6, с-67, л-23, м-4, СОЭ-26 мм/час.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Врачебная тактика.
3. Стандарт лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 51

В женскую консультацию обратилась больная 45 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после 1,5 месяцев задержки менструации и продолжаются в течение 10 дней.

Из анамнеза известно, что менструальная функция с 12 лет, менструации регулярные через 28 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В течение последнего года отмечает удлинение цикла до 30-40 дней и менструации до 8-10 дней. Половая жизнь в браке. Имеет 2 детей, в анамнезе 3 медицинских аборта. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре телосложение нормостеническое, кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд. В минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая, без нарушения эпителиального покрова. Тело матки обычных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Выделения кровянистые, обильные.

Общий анализ крови: эритроциты- $3,7 \times 10^{12}$, Hb – 90 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты- $8,8 \times 10^9$.

Анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования для дифференциальной диагностики
3. Протокол лечения.
4. Какие методы реабилитации после гемостаза следует рекомендовать пациентке?

ЗАДАЧА № 52

В женскую консультацию обратилась пациентка 28 лет по поводу бесплодия.

Из анамнеза: менструальная функция с 12 лет без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. В течение 3 лет живет половой жизнью в браке без контрацепции. Беременностей не было. 5 лет назад проходила курс стационарного лечения по поводу сальпингоофорита.

Объективно: телосложение астеническое. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в пределах физиологической нормы.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки с явлениями цервицита. Тело матки обычных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки тяжистые, безболезненные. Своды свободные.

Общие анализы крови и мочи без патологии.

В мазках – лейкоцитов: 5-6 в поле зрения, ключевые клетки, Candida albicans.

Вопросы:

1. Возможные причины бесплодия у данной пациентки.
2. Стандарт обследования бесплодной супружеской пары.
3. Врачебная тактика.

ЗАДАЧА № 53

Больная К., 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности не предохраняется, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной зоной нарушения эпителизации по передней губе, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при смещении, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.

Дополнительные методы исследования: При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены: лейкоциты на все поле зрения, волокнистая слизь, трихомонады, кандиды, ключевые клетки, слущенный эпителий.

Общий анализ крови: эритроциты- $4,2 \times 10^{12}$, Hb-110г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты- $10,8 \times 10^9$, п-10, с-79, л-7, м-4, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, насыщенный, моча мутная, удельный вес - 1020, белок отсутствует, лейкоциты на все поле зрения, цилиндров нет, соли – оксалаты в большом количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие данные подтверждают поставленный диагноз?
3. Тактика врача женской консультации.
4. Какие препараты в лечении данной патологии относятся к доказательности класса «А»?

ЗАДАЧА № 54

Больная Ж., 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами: на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные по времени менструации.

Анамнез: Менструации с 13 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23. Всего было 6 беременностей: 2 из них закончились своевременными родами, 4 – искусственными абортами. В течение последних 1,5 лет менструации обильные, продолжительность их увеличилась до 7-8 дней, через 28-30 дней. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 115/75, 110/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, мажущие.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, без нарушений эпителиального покрова. Наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10-11 недель беременности, плотное, бугристое. Матка при пальпации безболезненная. Придатки не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, мажущие.

Общий анализ крови: эритроцитов- $3,1 \times 10^{12}$, Hb-82 г/л, лейкоцитов- $7,8 \times 10^9$, СОЭ-5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, лейкоцитов 5-7 в поле зрения, эритроцитов нет, белка нет.

Мазок: лейкоцитов- 10-12 в поле зрения, слизь гомогенная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Стандарт обследования и лечения.

3. Тактика врача женской консультации.

ЗАДАЧА № 55

Больная И., 28 лет, предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременностей в течение 5 лет.

Анамнез: Считает себя больной около 3-х лет. Была одна беременность, которая закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке беременности 5 – 6 нед. В возрасте 23 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результат гистологического исследования – фолликулярная киста.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание умеренное. Рост – 170 см. Масса тела – 63 кг. Температура тела – 36,8 С. Пульс – 76 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный справа в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки без нарушений эпителиального покрова. Матка в anteflexio, ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и слева от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8х8 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены; выделения из половых путей слизистые. Своды и параметрии свободны.

Общий анализ крови: эритроциты- $4,8 \times 10^{12}$, Hb-115 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты- $8,1 \times 10^9$, п-4, с-76, л-10, м-10, СОЭ-10 мм/час.

Мазок: лейкоцитов на 1/3 поля зрения, candidae albican, слущенный эпителий.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные подтверждающие диагноз.
3. Порядок оказания помощи при данной патологии.

ЗАДАЧА № 56

Больная В., 40 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на частое мочеиспускание, тянущие боли внизу живота, обильные месячные. В связи с маточным кровотечением 6 месяцев назад производилось выскабливание цервикального канала и стенок полости матки. В соскобе из шейки матки обнаружен железисто-фиброзный полип, из полости матки – полипоз эндометрия. При кольпоскопическом исследовании обнаружен цервицит.

Анамнез: Месячные с 11 лет, по 3 дня, через 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние 3 года менструации по 7 дней, обильные. Было 2 беременности, первая закончилась своевременными родами (масса ребенка 4000г), без осложнений, вторая – медицинским абортom (в сроке 9-10 нед.).

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Рост – 160 см. Масса тела – 70 кг. Температура тела – 36,5 С. Пульс 88 уд/мин., удовлетворительного наполнения. АД – 120/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный, в нижних отделах определяется плотное, подвижное образование, на 3 см выше пупка. Мочеиспускание частое, без рези. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 2-3 дня. Выделения из половых путей отсутствуют.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах. Матка увеличена до 14-15 недель беременности, плотная, бугристая, из передней стенки матки исходит образование до 7 см в диаметре. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненная. Выделения из цервикального канала и половых путей слизистые, умеренные.

Анализы крови и мочи в пределах физиологической нормы.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Стандарт обследования.
3. Протокол лечения

ЗАДАЧА № 57

Больная О., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева, которые беспокоят ее в течение 2-х месяцев.

Анамнез: Менструальные с 13 лет, установились сразу, через 28 – 30 дней, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Всего было 4 беременности: 2 своевременных родов и 2 медицинских аборта без осложнений.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост – 167 см, масса тела 60 кг. Температура тела 36,7 °С. Пульс 76 уд/мин., удовлетворительного наполнения. АД – 115/75 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации чувствительный в нижних отделах слева. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки в зеркалах чистая, без нарушений эпителиального покрова. Выделения из цервикального канала слизистые, в умеренном количестве. Тело матки не увеличено, при пальпации безболезненное, подвижное. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10х12 с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное безболезненное. Своды глубокие, параметрии свободные.

Анализы крови и мочи без отклонений от физиологических показателей.

В вагинальных мазках лейкоцитов 2-4 в поле зрения, слизь гомогенная, флора - палочки.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные подтверждающие диагноз.
3. Стандарт обследования женщинам с данной патологией.
4. Протокол лечения.

ЗАДАЧА № 58

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 60 лет с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно беспокоящие по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание также сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. Считает себя больной в течение 5 месяцев.

Анамнез: Наследственность не отягощена. Менструальная функция не была нарушена. В настоящее время менопауза, длительностью 7 лет. В анамнезе 2 беременности, одна закончилась родами, вторая – медабортом. Гинекологические заболевания отрицает. Последний раз на осмотре у гинеколога была 5 лет назад.

Объективно: При поступлении общее состояние средней тяжести. Больная истощена. Рост 163 см, масса тела 47 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,2 С. Пульс 90 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное, безболезненное.

Осмотр при помощи зеркал: Влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки видна язва с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев».

Влагалищное исследование: На месте шейки матки находится язва с плотными краями. Стенки влагалища на протяжении 2/3 его инфильтрированы. В малом тазу определяется инфильтрат плотной консистенции, доходящий до стенок таза.

Общий анализ крови: Нв 80 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$, цветной показатель 0,88; лейкоциты 4×10^9 , лейкоцитарная формула: п.- 4, с.- 72, м.- 8, л.-15, э.- 1. СОЭ 60 мм/ч.

В анализе мочи имеются свежие эритроциты на 1/2 поля зрения.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие диагноз. Чем можно объяснить наличие боли в левом бедре?
3. Протокол обследования и лечения при данной патологии.
4. Методы профилактики имеющегося заболевания.

ЗАДАЧА № 59

В женскую консультацию обратилась больная 18 лет с жалобами на головные боли, раздражительность, потливость, нагрубание молочных желез, которые появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации.

Данные анамнеза: Больной себя считает в течение 3-х лет. Иногда из сосков молочных желез появляются выделения, похожие на молозиво. Менструальная функция с 13 лет через 28-35 дней по 4-5 дней.

Объективно: Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД-130/90 мм рт. ст., Ps-72 уд. в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Вирго интакта.

Общие анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена данная симптоматика?
3. Дополнительные методы исследования, требуемые для уточнения диагноза.
4. Врачебная тактика и варианты лечения.

ЗАДАЧА № 60

В женскую консультацию обратилась больная 22 лет с жалобами на задержку менструации на 14 дней, кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза : Менструальная функция с 12 лет через 28 дней по 3-4 дня, регулярно, задержка месячных впервые. Половая жизнь с 20 лет в браке, без контрацепции. Генеративная функция: беременностей не было. Два года назад перенесла двухсторонний сальпингоофорит, лечилась в стационаре.

Объективно: Телосложение астеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД-100/60 мм рт. ст. , Ps-72 уд. в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки чистая. Тело матки мягковатой консистенции, несколько увеличено в размерах, болезненное, подвижное. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется образование 3 на 4 см ретортообразное, болезненное при пальпации. Экскурсия шейки матки болезненна. Своды несколько уплощены, выделения незначительные, кровянистые.

В анализах крови и мочи патологических отклонений не выявлено.

В вагинальных мазках лейкоцитов – 5-10 в п/зр., палочки..

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Протокол лечения.

ЗАДАЧА № 61

В женскую консультацию обратилась больная 32 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и подъем температуры тела до 38°C. Три дня назад был медицинский аборт при сроке беременности 9 недель.

Данные анамнеза : Менструальная функция с 13 лет через 28 дней по 3-4 дня, через 29 дней, регулярно. Половая жизнь в браке. Генеративная функция: родов-2, мед. абортов-2.

Объективно: Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые немного бледные. АД-120/80 мм рт. ст., Ps-90 уд. в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, не вздут, симптомов раздражения брюшины нет, пальпация в нижних отделах болезненная. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая, укорочена, наружный зев пропускает палец. Тело матки мягковатой консистенции, увеличено до 8 недель беременности, болезненное. Своды свободные, выделения сукровичные, умеренные.

Общий анализ крови: эритроцитов- $3,9 \times 10^{12}$, Hb-100 г/л, цветной показатель 0,88, лейкоцитов- $12,2 \times 10^9$, п-10, с-64, л-21, м-5, э-0, СОЭ-24 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Протокол лечения. Методы реабилитации.

ЗАДАЧА № 62

В гинекологическое отделение поступила девочка 14 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течении 12 дней, которые появились впервые.

Данные анамнеза Страдает хроническим тонзиллитом (до трех раз в год) с 10 лет, отмечает носовые кровотечения в детстве. Менструальная функция до настоящего времени отсутствовала. Кровотечение из влагалища возникло впервые.

Объективно: Рост 156 см, вес 42 кг. Кожные покровы бледные. АД-100/60 мм рт. ст., Ps-78 уд. в минуту. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу, соответственно возрасту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Девственная плева цела. Выделения кровянистые умеренные. При ректоабдоминальном исследовании пальпируется тело матки обычных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3.0 \cdot 10^{12}$, цветной показатель 0,9, Hb-96 г/л, лейкоциты- $6,8 \cdot 10^9$, п- 4, с-66, л-24, м-6, СОЭ 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Оптимальный метод гемостаза.
3. В чем заключается профилактика рецидива?
4. Варианты лечения при неэффективности терапии и снижении гемоглобина.

ЗАДАЧА № 63

Больная В., 23 лет доставлена каретой скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли в низу живота, появившиеся после полового акта. Одномоментно у больной возникла слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания, незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: Месячные с 14 лет, регулярные, по 3 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 19 дней назад. Замужем с 20 лет, от беременности не предохраняется.

Объективно: При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6 С. Пульс 78 уд/мин., удовлетворительного наполнения. АД – 115/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей женщины, свободное. Шейка матки конической формы, без нарушения эпителиального покрова. Наружный зев округлой формы. Матка в правильном положении, плотная, шаровидной формы, безболезненная, подвижная. Придатки матки справа не определяются, слева - слегка увеличен яичник, отечный, болезненный при пальпации. Задний свод уплощен. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Протокол обследования и лечения при данной патологии.

ЗАДАЧА № 64

В гинекологическое отделение доставлена больная Д., 40 лет с жалобами на сильные боли внизу живота в течение 3-х дней, повышение температуры тела до 38° С, а также на обильные и длительные менструации в течение последних 6 месяцев

Анамнез. Имела 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта. Последние месячные были 2 недели назад, обильные.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык чистый, подсыхает. Температура тела 37,5 С. Пульс 82 уд. в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные ритмичные. Живот мягкий, не вздут, пальпация в нижних отделах болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки при осмотре в зеркалах чистая, без нарушения эпителиального покрова. Тело матки увеличено до 12-13 недель беременности, плотное, бугристое, болезненное при исследовании. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Выделения светлые, скудные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$, Hb-105 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $-11,8 \times 10^9$, п-5, с-63, л-20, м-4, СОЭ-34 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Чем могут быть обусловлены боли?
3. Протокол обследования и лечения имеющейся патологии.

ЗАДАЧА № 65

В женскую консультацию обратилась больная 38 лет с *жалобами* на болезненные и длительные (до 8-9 дней) менструации, «мажущие» коричневатые выделения за 3 дня до и 2 дня после месячных. Больной себя считает в течение последнего года, когда стали беспокоить боли за 2-3 дня до начала месячных, во время менструации, а также кровянистые выделения до и после нее.

Данные анамнеза: месячные с 14 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, регулярные, умеренные. Последний год они стали обильные, болезненные, длительностью до 8-9 дней, нерегулярные - через 25-35 дней, Половая жизнь в браке, без контрацепции. Генеративная функция: родов-2, аборт-4, последний - 1,5 года назад.

Объективно: телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Ps-72 уд. в минуту. АД-110/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, неравномерной плотности, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются. Из половых путей выделения слизистые, умеренные.

Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}$, Цв.пок. - 0,9, Hb-106 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$, п- 2, с-73, л-24, м-4, СОЭ-15 мм/ч.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования, предусмотренный алгоритмом ведения данной патологии.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие существуют методы лечения данного заболевания? Обосновать выбранный Вами метод лечения для данной больной.

ЗАДАЧА № 66

В женскую консультацию обратилась женщина 23 лет с жалобами на задержку менструации на 5 недель, тошноту по утрам, одышку и сердцебиение при значительной физической нагрузке.

Из анамнеза выяснено, что в детстве состояла на диспансерном учете у ревматолога, последние пять лет активности ревматического процесса не выявлено. Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 4-5 дня, регулярные, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Беременностей не было. Гинекологических заболеваний не было.

При объективном исследовании отмечается астеническое телосложение, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Кожные покровы бледно-розового цвета, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, частота дыханий 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС 76 в минуту. АД 115/70 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Печень за краем реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. При осмотре в зеркалах отмечается цианоз слизистой влагалища и шейки матки. Тело матки мягковатой консистенции, увеличено до 7-8 недель беременности, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободны. Выделения светлые, умеренные.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стандарт исследования.
3. Тактика врача женской консультации.

ЗАДАЧА № 67

Беременная Х., 27 лет. Живет в сельской местности. Впервые обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации в районном центре при беременности сроком 29 недель с жалобами на слабость, жажду, чувство постоянного голода, повышенное употребление жидкости – до 5 литров в сутки, кожный зуд, обильное мочеиспускание.

Данные анамнеза: В детстве перенесла корь, ОРВИ, взрослой – пневмонию. В настоящее время на диспансерном учете по поводу какой-либо экстрагенитальной патологии не состоит. Менструации с 14 лет, без особенностей. Беременность вторая. Считает себя здоровой.

Первая беременность закончилась год назад преждевременными родами в сроке 30 недель мертвым плодом массой 2700г. предыдущая беременность протекала на фоне таких явлений, как жажда, обильное питье.

Данные объективного и акушерского исследования: Телосложение правильное, подкожная клетчатка выражена слабо. Температура тела 36,6°C. Пульс – 82 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70, 110/75 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Окружность живота – 96 см, высота стояния дна матки над лоном – 29 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 132 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: Влагалище емкое, рожавшей женщины. Шейка матки длиной до 3-х см, плотная. Наружный маточный зев закрыт. Через своды определяется головка, подвижная, высоко над входом в малый таз. Костных деформаций нет, мыс крестца не достижим.

Общий анализ крови и мочи в норме.

Уровень глюкозы в крови натощак – 10,2 ммоль/л, в моче – 5 ммоль/л, реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности при данной патологии?

4. Порядок оказания акушерской помощи при данной патологии.

ЗАДАЧА № 68

Беременная М., 23 лет, доставлена в стационар с беременностью сроком 24-25 недель и жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела – 39,0 °С, головную боль, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Данные анамнеза: В детстве часто болела ОРВИ, ангиной. Состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита, обострение которого бывает 2 раза в год. Последнее обострение было 2 года назад. Менструации с 12 лет регулярные, безболезненные. Настоящая беременность первая, на диспансерном учете в женской консультации состоит с 8 недель беременности. Экстрагенитальной патологии в ранние сроки беременности не выявлено. В течение последних 2-х недель периодически отмечала тупую боль в поясничной области справа, но к врачу не обращалась.

Данные объективного и акушерского исследования: Общее состояние беременной М. при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Пульс – 106 уд/мин, ритмичный. АД- 130/90, 125/85 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания положительный справа.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Окружность живота- 85 см., высота стояния дна матки- 26 см. Матка при пальпации в повышенном тоне. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное.

Данные влагалищного исследования: Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сформирована. Наружный маточный зев закрыт. Через своды пальпируется головка, подвижная над входом в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет. Мыс крестца не достижим. Выделения из половых путей молочно-белого цвета.

Общий анализ крови: эритроцитов- $3,8 \times 10^{12}$, Hb-110 г/л, цветной показатель 0,85, лейкоцитов- $16,1 \times 10^9$, п-12 с-71, э-3, л-20, м-5, СОЭ-37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность- 1009, белок- 0,99 г/л, лейкоциты- на все поле зрения, эритроцитов, цилиндров нет, бактериурия.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие диагноз.
3. Порядок ведения беременной при данной патологии.
4. Какие осложнения беременности и родов могут встретиться у беременной М.?

ЗАДАЧА № 69

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41 неделя.

Объективно: телосложение нормостеническое, рост 172 см, вес 60 кг. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 115/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень за краем реберной дуги. Физиологические отправления в норме

Данные наружного акушерского исследования: Размеры таза 23-26-29-18 см. Матка в нормотонусе, возбудима при пальпации. Окружность живота (ОЖ) 98 см. Высота стояния дна матки (ВСДМ) 42 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки отклонена кзади, плотная, длиной 2,5 см. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода.

Общие анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Протокол обследования и порядок оказания акушерской помощи данной пациентке.
3. Определите предполагаемую массу плода.

ЗАДАЧА № 70

Роженица М., 24 лет, поступила в родильный дом с беременностью 39 недель, жалобами на излитие в большом количестве околоплодных вод 2 часа назад и регулярные схваткообразные боли внизу живота через 9-10 мин по 20 сек которые, начались одновременно с излитием вод. Беременность первая, протекала без осложнений. Шевеление плода ощущает хорошо.

Акушерское исследование: Живот овоидной формы, окружность живота - 102 см, высота стояния дна матки 33 см. Размеры таза: 24-26-28-18 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 133 уд/мин, выслушивается слева ниже пупка. Схватки продолжительностью 7-8 мин, по 20-25 сек, хорошей силы.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края тонкие, достаточно растяжимы, открытие маточного зева 2,5 см, плодного пузыря нет, впереди головки располагается пульсирующая петля пуповины. Мыс достижим. Диагональная конъюгата равна 11 см. Костных экзостозов в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Какова причина развития осложнений в родах у роженицы?
4. Тактика родоразрешения.

Ситуационные задачи по хирургическим болезням

ЗАДАЧА № 1

В приемное отделение доставлена 22-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела.

Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Беременностей и родов не было.

При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза?

Лечебная тактика.

Какие осложнения встречаются при данном заболевании?

Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика?

ЗАДАЧА № 2

В приемное отделение доставлена больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, её отек, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту.

Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40⁰ С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отек. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт.ст. Температура тела - 38,8⁰ С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отечна, с резко ограниченной зоной гиперемии. Пораженный рожей участок четко отделяется от здорового возвышенным резко болезненным валиком. Пальпаторно данная область пастозная и горячая. Пульсация а. dorsalis pedis и а. tibialis posterior ослаблены.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования и их интерпретация?

Назовите лабораторные методы исследования крови, которые необходимо использовать для верификации диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Лечение?

Сформулируйте принципы профилактики?

ЗАДАЧА № 3

Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, гиперемию в области пупка, тошноту и рвоту. В течение 15 лет страдает невправимой пупочной грыжей.

Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39⁰ С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2⁰ С. В легких дыхание жесткое. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс - 100 ударов в минуту. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8х6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Стула не было 4 дня. Газы не отходят.

Вопросы:

Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология?

С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза?

Алгоритм лечения данной патологии?

Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании?

ЗАДАЧА № 4

В приёмный покой доставлен больной, 40 лет, с жалобами на обильную кровавую рвоту, слабость, головокружение. Заболел внезапно, накануне дважды вырвало кровью со сгустками. В анамнезе болезнь Боткина, злоупотребление алкоголем.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс-110 ударов в минуту, ритмичный, артериальное давление - 100/70 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, частота дыхательных движений – 21 в минуту, в легких - дыхание жесткое. Живот увеличен в размерах, видны расширенные подкожные вены в мезогастрии. Печень при пальпации не определяется, селезенка плотная, безболезненная, выступает на 2 сантиметра из-под левого подреберья. Перкуторно в брюшной полости выявлена свободная жидкость. Размеры печени по Курлову 7х6х4 см. Ректально определяются увеличенные геморроидальные узлы, кал на перчатке обычного цвета.

Анализ крови: эритроциты $2,7 \times 10^{12}$, гемоглобин 88 г/л, билирубин общий 42,3 мкмоль/л, прямой – 19,8 мкмоль/л.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Осложнением какого заболевания является данная патология?

С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза?

Алгоритм лечения данной патологии?

Назовите особенности оперативного лечения при данном заболевании?

ЗАДАЧА № 5

На прием к Вам обратилась женщина 32 лет с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Других жалоб не предъявляет.

Больной себя считает около года, когда случайно заметила объемное образование шеи. Причину возникновения заболевания назвать затрудняется. Чувствует себя вполне удовлетворительно. Размеры образования со слов пациентки за данный промежуток времени не изменились.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Питания среднего. Пульс - 78 ударов в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений – 15 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах. Локально: на передней и левой боковой поверхности шеи имеется образование с четкими краями, размером около 50х20 мм. Нижняя граница образования на 1,5 см. не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно безболезненное, гладкое, эластической консистенции, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожные покровы над ним не изменены, обычной температуры. Основные лимфатические узлы шеи обычных размеров и формы, безболезненные, не сращены с окружающими тканями.

Вопросы:

Сформулируйте Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?

Алгоритм диагностики данного заболевания?

Составьте план лечения больной.

Назовите возможные послеоперационные осложнения при данном заболевании и меры по их профилактике?

ЗАДАЧА № 6

Больной 62 лет поступил в хирургическое отделение через 5 часов после начала заболевания с жалобами на резкие интенсивные боли в правой паховой области с иррадиацией в бедро и мошонку. Боли появились после физической нагрузки.

В анамнезе больной отмечает, что опухолевидное образование в правой паховой области появилось 2 года назад. В горизонтальном положении оно исчезало. За последний год опухолевидное образование значительно увеличилось в размерах.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс-110 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 180/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений – 21 в минуту. Перкуторно в легких - легочный звук; аускультативно - дыхание жесткое, в нижних отделах – единичные хрипы.

Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Отмечается болезненность в правой паховой области, где имеется напряженное опухолевидное образование размерами 8х6 см, не спускающееся в мошонку. При перкуссии данного образования отмечается тимпанит; при аускультации прослушиваются кишечные шумы. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стула не было 2-е суток. Мочеиспускание свободное и безболезненное.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования помогут верифицировать диагноз у данного больного, их интерпретация?

Определите алгоритм лечения больного?

При наличии показаний к хирургическому вмешательству, перечислите его основные методы и этапы операции. Могут ли быть противопоказания для хирургического лечения данного заболевания и почему?

ЗАДАЧА № 7

За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38⁰ С, общую слабость, головную боль.

Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2° С. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5x4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Дайте определение рассматриваемой патологии? Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Каковы принципы лечения данного заболевания?

Сформируйте способы профилактики данного заболевания?

ЗАДАЧА №8

Больная, 47 лет, обратилась с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15-20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больная отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами.

В анамнезе 3 месяца назад резекция ²/₃ желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Больная не прибавляет в массе после операции. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Кожные покровы бледные. Пульс-88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Перкуторно в легких - легочный звук; аускультативно дыхание везикулярное. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика несколько усилена. Перитонеальных симптомов нет.

Анализ крови: эритроциты $3,6 \times 10^{12}$, гемоглобин 110 г/л, общий белок 52,3 г/л, натрий 139 ммоль/л, калий – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Дайте определение рассматриваемой патологии?

Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии?

Назовите методы диагностики данного заболевания?

Каковы принципы лечения данного заболевания?

Показания к хирургической коррекции данной патологии? Виды операций?

ЗАДАЧА № 9

Больная 46 лет поступила в клинику с жалобами на постоянную общую слабость, раздражительность, нервозность, повышенную потливость, сердцебиение, снижение

работоспособности, потерю веса при сохраненном аппетите, бессонницу, чувство жара и “песка” в глазах, отечность век.

Считает себя больной около 5 лет, когда после тяжелого нервного потрясения появились вышеописанные жалобы. Около двух лет отмечает нарушение менструального цикла; в последние 12 месяцев в виде аменореи.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Отмечается раздражительность, потливость, повышенная возбудимость, плаксивость и суетливость. Кожные покровы телесного цвета, эластичны, горячие на ощупь. Волосы ломкие, сухие. Выявлен симптом “телеграфного столба”. На передней поверхности шеи определяется опухолевидное образование размерами 6,0x3,0 см, подвижное при акте глотания, не спаянное с кожей и с окружающими тканями, мягкоэластичной консистенции, безболезненное при пальпации. Кожные покровы над образованием не изменены. Лимфатические узлы с двух сторон обычной формы и размеров, безболезненные. Отмечается экзофтальм, напряженный взгляд. Положительные симптомы Дельримпля, Штельвага, Грефе и Мебиуса. Пульс - 120 ударов в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 150/70 мм.рт.ст. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Тоны сердца звонкие. Выслушивается систолический шум над аортой. Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный во всех отделах. Стул со склонностью к диарее. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?

С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз?

Каков алгоритм лечения больной?

Показано ли больной оперативное лечение и если да, то какое объем операции?

ЗАДАЧА № 10

В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость.

Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью. Из анамнеза жизни выявлено, что язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля».

Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины резко положительны. При перкуссии отмечается тимпанит в правом подреберье, укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Интерпретируйте их.

Назовите тактику и лечение данной патологии?

Обоснуйте ведение послеоперационного периода и профилактику возможных осложнений?

ЗАДАЧА № 11

Каретой скорой помощи в клинику доставлена женщина 52 лет предъявляющая жалобы на нестерпимые, интенсивные, постоянные боли в правой нижней конечности, сопровождающиеся мышечной слабостью и онемением пальцев стоп, появившиеся без видимых причин около 6 часов назад.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, аритмичный, дефицит пульса 16. Артериальное давление – 70/40 мм.рт.ст. Аускультативно тоны сердца приглушены, определяется диастолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см. Селезенка не пальпируется. Местное состояние: отмечается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком, гиперестезия до средней трети правой нижней конечности. Пульсация на a.dorsalis pedis, a.tibialis posterior, a. poplitea справа отсутствуют, на a.femoralis communis справа ослаблена. Правая стопа холоднее левой. Все виды чувствительности и активные движения в суставах правой нижней конечности отсутствуют, пассивные движения сохранены в полном объеме.

Вопросы:

Какое заболевание развилось у больной?

Проведите дифференциальный диагноз?

Какие инструментальные исследования целесообразно выполнить больной для подтверждения диагноза?

Какова степень нарушения кровообращения у больной?

Тактика и методы лечения?

Обоснуйте принципы консервативной терапии?

В чем заключается суть хирургического лечения данной патологии?

ЗАДАЧА № 12

Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,8⁰ С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастральной области, правом и левом подреберьях. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Какие исследования следует провести для верификации диагноза?

Стратегические направления ведения больных.

Каков алгоритм консервативного лечения?

Что является показанием к оперативному лечению?

Каковы современные способы оперативного лечения?

Назовите возможные послеоперационные осложнения и их профилактику?

ЗАДАЧА № 13

Больной 45 лет почувствовал недомогание две недели назад. Появился сухой кашель, высокая температура до $39,5^{\circ}\text{C}$ с ознобом, головная боль, слабость. 6 дней занимался самолечением – без эффекта. Участковый врач поставил диагноз: Острая левосторонняя пневмония и рекомендовал стационарное лечение, от которого больной отказался.

Через 5 дней, на фоне высокой температуры, озноба, присоединившейся боли в левой половине грудной клетки и правом подреберье, выделилось одновременно при кашле около 200 мл зловонной мокроты бурого цвета сливкообразной консистенции, что заставило больного обратиться в стационар.

Объективно: состояние больного тяжелое. Склеры субиктеричны. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания на уровне VII-VIII ребра слева; аускультативно - сухие и влажные хрипы разного калибра слева, амфорическое дыхание. Пульс - 90 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову $16 \times 14 \times 10$ см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Селезенка перкуторно размером 8×6 см, не пальпируется. Диурез 600 мл. Голени пастозны.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие методы исследования следует провести дополнительно?

Тактика и методы лечения больного?

Сформулируйте показания к хирургическому лечению?

Назовите возможные типы операций?

ЗАДАЧА № 14

В хирургическое отделение поступил больной 53 лет с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость.

В анамнезе аппендэктомия (в 1987 году) и холецистэктомия по поводу ЖКБ (в 2003 году).

В течение последних 2-х лет страдает сахарным диабетом II типа в компенсированной форме. Диету в последнее время больной не соблюдал.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы покрыты холодным потом, склеры глаз субиктеричны. Температура тела $37,9^{\circ}\text{C}$. Число дыхательных движений - 22 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - $90/60$ мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет вздутия поперечно-ободочной кишки, болезнен и умеренно напряжен эпигастрии, левом и правом подреберьях, там же определяется слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона; отмечается иррадиация болей за грудину. Перистальтические шумы не выслушиваются. Кал оформлен, осветлен. Моча цвета «пива».

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики?

Тактика ведения больного?

Сформулируйте показания к операции?

Назовите варианты операций?

ЗАДАЧА № 15

В хирургическое отделение доставлена больная 45 лет с жалобами на постоянные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышение температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, желтуху. Со слов больной заболела более суток назад. Почти сразу повысилась

температура тела. На вторые сутки болезни возникла желтуха. Была тошнота и неоднократная рвота. В анамнезе холецистэктомия, произведенная 1 год назад по поводу ЖКБ, острого обтурационного холецистита.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Отмечается выраженная желтушность кожных покровов и видимых слизистых. Температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. Частота дыхания 21 в минуту. Пульс - 98 в минуту, артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. На коже передней брюшной стенки имеется атрофичный послеоперационный рубец в области правого подреберья (холецистэктомия из разреза по Кохеру). Живот при пальпации мягкий, вздут, резко болезненный в эпигастрии и в области правого подреберья. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, плотная, болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез не нарушен. Стул ахоличен.

Больная была госпитализирована и ей в течение 3-х дней проводилась консервативная дезинтоксикационная терапия с применением антибактериальных препаратов. На 4-й день лечения отмечена положительная динамика.

Вопросы:

Какое заболевание можно предположить?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Дифференциальная диагностика желтух.

Назовите дополнительные методы диагностики?

Тактика и план лечения?

Перечислите показания к хирургическому лечению при данной патологии?

В чем эти операции будут заключаться?

ЗАДАЧА № 16

У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренирование плевральной полости через 2 межреберье по средне-ключичной линии», послеоперационный период протекал гладко, но по вечерам больного беспокоила субфебрильная температура, незначительный кашель. В послеоперационном периоде была проведена адекватная антибиотикотерапия, назначен курс ЛФК, дыхательной гимнастики. Дренаж удален на 3-и сутки – без осложнений.

На 10-е сутки больной обратился к врачу с жалобами на лихорадку до $39,5^{\circ}\text{C}$, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, общую слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные; цианоз губ и акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. В последнем принимают участие вспомогательные мышцы. Справа межреберные промежутки расширены, сглажены; слева – не изменены; голосовое дрожание справа отсутствует, слева – не изменено. Перкуторно справа – притупление над всей поверхностью легочного поля, слева притупление треугольной формы около позвоночного столба на уровне VIII ребра. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – везикулярное, Частота дыхательных движений - 30 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

Вопросы:

Предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие ошибки допущены в лечении больного?

Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза?

Сформулируйте тактику ведения данного пациента? В чем оно будет заключаться? Какие условия необходимо соблюсти при лечении данной патологии?

ЗАДАЧА № 17

Больной 65 лет поступил в районную больницу с жалобами на многократную рвоту типа «кофейной гущи».

Подобные жалобы впервые. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной приемом алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая рвота сопровождалась извержением рвотных масс цвета «кофейной гущи». Появилась слабость. Обратился за помощью в больницу.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка обычных размеров. Мочеиспускание безболезненное. Стул жидкий, черного цвета, 3 раза за последние сутки.

При ФГДС выявлено, что в просвете желудка до 200 мл жидкой темной крови со сгустками. Кардия смыкается. На левой стенке кардиального жома дефект слизистой 2 x 8 мм, умеренно кровоточащий.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Какова причина данного заболевания?

Какие исследования следует провести с целью верификации диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Ваша тактика ведения больного?

Назовите принципы лечения?

ЗАДАЧА № 18

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно была обильная многократная рвота. Пациент сильно похудел. За помощью не обращался.

При осмотре: общее состояние тяжелое; больной истощен; обезвожен. Артериальное давление – 90/65 мм рт.ст. Пульс – 84 удара в минуту, аритмичный. Тоны сердца приглушены. Отмечается западение нижней половины живота и выпячивание подложечной области, где имеется гиперпигментация кожи и определяется шум плеска. При перкуссии желудок определяется на уровне гребня подвздошной кости. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, закруглен, безболезненный, неровный. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 3-4 дня, диурез снижен.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С чем связано состояние больного?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Назовите тактику ведения пациента?

В чем будет заключаться его лечение? Каковы возможные варианты операций?

ЗАДАЧА № 19

В приемное отделение был доставлен мужчина 25 лет с жалобами на интенсивные колющие боли в области верхней половины живота и нижней части грудной клетки справа, усиливающиеся при вдохе, чувство тяжести в груди справа, повышение температуры тела до 38,2⁰ С, общую слабость.

Из анамнеза болезни выявлено, что болен в течение двух недель, лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ, без эффекта. Два дня назад состояние ухудшилось, температура повысилась до 39,0⁰ С, появился озноб с проливными потами, одышка.

Вызвал на дом врача и с диагнозом “Острая правосторонняя пневмония?” был госпитализирован в больницу.

Объективно: общее состояние средней тяжести, больной придавливает правую сторону грудной клетки рукой для уменьшения интенсивности болей. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно определяется ригидность и болезненность мышц грудной клетки. В нижних отделах справа голосовое дрожание ослаблено. С той же стороны отмечается притупление легочного звука от VI межреберья и ниже по лопаточной линии. При аускультации справа дыхание ослаблено; начиная с VI межреберья и ниже не выслушивается. Пульс - 88 в минуту.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

Назовите методы лечения данного заболевания?

Применимы ли эфферентные методы лечения при данном заболевании. Если да, то какие?

ЗАДАЧА № 20

Больной 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье.

Из анамнеза: четыре дня назад на производстве повредил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура повысилась до 38⁰ С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой руки стали вызывать значительную болезненность, температура повысилась до 40⁰ С, появились головная боль и сухость во рту.

При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс - 96 в минуту. Температура тела 39,5⁰ С. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

Поставьте клинический диагноз и дайте его обоснование.

Оцените тяжесть состояния больного.

Назовите основных возбудителей данного заболевания, какие формы этого заболевания выделяют?

В каком лечении нуждается данный пациент.

Какие осложнения могут быть при этом заболевании?

ЗАДАЧА № 21

Больная 48 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на постоянные, тупые боли и отечность левой нижней конечности с иррадиацией в паховую область.

Около двух суток назад появились тупые боли в поясничной, паховой областях слева, а также в левом бедре. Повышалась температура тела до 38,5⁰ С. Сутки назад боли усилились. Появился отек. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный во всех отделах. Локально: кожные покровы цианотичные; окружность бедра и голени слева на 6 см больше, чем справа. Выражен “подкожный” рисунок

поверхностных вен левой нижней конечности вплоть до паховой области. Симптомы Хоманса, Ловенберга и Мозеса положительные. Конечность теплая на ощупь. Пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена.

ОАК: Лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л. СОЭ – 25 мм/ч. Нейтрофилы: сегментоядерные – 56%, палочкоядерные – 8%, юные – 1%, моноциты – 12%, лимфоциты – 23%.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 90%; время свертывания крови – 2 мин; фибриноген - 6 г/л; тромботест - 6 баллов.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Каков «золотой» стандарт диагностики?

Чем может осложниться данное заболевание?

Тактика ведения пациентки?

Назовите лечение больной?

ЗАДАЧА № 22

У больной 50 лет на третьи сутки после операции холецистэктомии по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита появились постоянные средней интенсивности боли в правой голени. Боли усиливались при движении в голеностопном суставе справа. Больная предъявляет жалобы на слабость, разбитость и нарушение сна. Температура тела – $37,2^{\circ}$ С.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены.

Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания, болезненный в области операционной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Местный статус: Правая голень обычной окраски, в ортостазе – появляется еле заметная цианотичность кожных покровов.

Объемная асимметрия +4 см. При тыльном сгибании в правом голеностопном суставе резко усиливаются боли в икроножных мышцах справа. Сдавление правой голени в передне-заднем направлении так же усиливает боль. Проба Ловенберга справа положительная (давление 110 – 120 мм.рт.ст.).

Общий анализ крови: Лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: сегментоядерные – 57%, палочкоядерные – 13%, юные – 1%, моноциты – 7%.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 106%; время рекальцификации – 110 сек; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин; фибриноген 5 г/л; фибриноген «В» – (+++); тромботест - 6 баллов.

Вопросы:

Ваш диагноз? Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие инструментальные методы исследования необходимы в диагностике этого заболевания?

Принципы лечения?

Расскажите о хирургическом лечении данного заболевания? Какие методы оперативных вмешательств Вы знаете? Когда их следует выполнять?

ЗАДАЧА № 23

У 62-летнего больного на четвертые сутки после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита наступило ухудшение: возник потрясающий озноб, температура тела повысилась до $39,4^{\circ}$ С, отмечались выраженные боли в правом подреберье.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Пульс – 96 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, подсыхает. При пальпации живот не вздут, болезненен в послеоперационной ране и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пальпируется увеличенная, болезненная неровная правая доля печени на 3 см ниже края правой реберной дуги.

В последующие дни ознобы не прекращались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Этиология и патогенез данной патологии?

Какие исследования Вы считаете будут наиболее информативными для верификации диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие могут быть последствия данного осложнения?

Тактика лечения? Роль миниинвазивных методов в терапии данной патологии?

ЗАДАЧА № 24

Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повышенную чувствительность к холоду, чувство онемения в икроножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из-за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 метров ходьбы.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 76 в минуту. Артериальное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие.

При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утолщены, ломкие). Волосяной покров отсутствует. При термометрии: в I-м межпальцевом промежутке слева – 29,5° С, справа – 30,5° С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Справа пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэльса, Мошковица - Шамовой.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибриноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++)
тромботест – 6 баллов.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Каковы этиология и патогенез данного заболевания?

С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Каковы принципы лечения данной патологии?

Назовите показания к хирургическому лечению и методы операций при данном заболевании?

ЗАДАЧА № 25

В хирургическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на тупые, распирающие малоинтенсивные боли в левой нижней конечности после длительной ходьбы, расширение поверхностных вен слева, тяжесть, утомляемость, парестезии, отеки, возникающие к вечеру и исчезающие после отдыха в горизонтальном положении, судороги мышц левой голени.

Больной себя считает около 15 лет. Начало заболевания связывает с беременностью, когда впервые появились расширенные вены на голени. С тех пор заболевание медленно прогрессирует. Стационарно и амбулаторно не лечилась.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, питание повышенное. Температура тела – 36,9° С. Частота дыхательных движений - 17 в минуту. Пульс - 76

ударов в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Status localis: При осмотре видны извитые резко расширенные стволы большой и малой подкожных вен левой нижней конечности на всем протяжении. Кожа над ними не изменена. Признаков индукции нет. Пульсация сосудов на артериях стопы, голени и бедра сохранена. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 102%; время рекальцификации - 164 сек; фибриноген - 3,77 г/л; тромботест – 4 балла.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями необходимо повести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза?

Какие функциональные пробы необходимо провести для определения состоятельности коммуникантных вен?

Тактика ведения больной?

Назовите методы лечения данной патологии?

ЗАДАЧА № 26

Больная 54 года в течение 6 лет страдает сахарным диабетом. На протяжении последнего года ощущает зябкость, слабость, онемение в нижних конечностях при ходьбе, длительном стоянии, боли в икроножных мышцах при ходьбе, сухость кожи, изменение цвета ногтей, их уплотнение, цианоз пальцев ноги. За последний месяц на II пальце правой стопы образовались пузырьки с серозным содержимым, затем произошло изъязвление кожи с распространением патологического процесса на окружающие ткани. Температура тела поднималась до 38° С.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Локально: пульсация артерий нижних конечностей отсутствует на артериях стоп; на подколенных и бедренных артериях сохранена. II палец правой стопы черного цвета, отечен, безболезненный; при пальпации - отсутствие всех видов чувствительности. Имеются кожные дефекты по подошвенной поверхности мягких тканей второго пальца нижней конечности правой стопы, из которых выступает серозно-гнойное отделяемое.

Общий анализ крови: лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л. Нейтрофилы: сегментоядерные- 52%, палочкоядерные- 12%, юные – 1%, лимфоциты- 20%, эозинофилы – 3%, моноциты – 12%.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1022; сахар – (+). Сахар крови – 9,8 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 82 %; время рекальцификации – 250 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 7 мин.; фибриноген – 4,8 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 5 баллов.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Назовите необходимые методы исследования для постановки диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Алгоритм лечения данной патологии?

ЗАДАЧА № 27

Больная 58 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, чувство тяжести и боли в ней, судороги икроножных мышц, изменение цвета кожи вышеописанной области в виде гиперпигментации, уплотнение подкожной жировой клетчатки и наличие дефекта кожи площадью около 20 мм в диаметре мм на медиальной поверхности левой голени.

Три года назад перенесла тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Объективно: положение активное. Температура тела 36,7° С. Локально: кожа в нижней трети левой голени индурирована; в области медиальной лодыжки имеется дефект кожи

размером до 3 см², края его склерозированы, дно плоское, покрыто фибрином, отделяемое серозное скудное. Кожа голени темно-бурого цвета. Отмечается усиление подкожного венозного рисунка и отек (+ 6 см) на больной ноге. Маршевая проба Дельбе-Пертеса и Пратта 1 - положительные.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 92 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 минут; фибриноген – 4,0 г/л; фибриноген «В» – (++) ; тромботест – 5 баллов.

Вопросы:

Сформулируйте Ваш предварительный диагноз? Дайте определение данного заболевания? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику в данном случае?

Какие методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

В чем заключается консервативное лечение данной патологии?

Какие методы хирургического лечения данного заболевания Вы знаете?

ЗАДАЧА № 28

Больная 60 лет повышенного питания, имеет анамнез желчнокаменной болезни 10 лет; страдает сахарным диабетом II типа, средней тяжести, стенокардией напряжения с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы острого холецистита у больной бывают 3-4 раза в год, протекают тяжело. Однако, учитывая ряд серьезных сопутствующих заболеваний, хирурги отказывали больной в оперативном вмешательстве.

Неделю назад у больной начался очередной приступ острого холецистита, отличительной чертой которого являлось определение при пальпации живота увеличенного, напряженного и резко болезненного желчного пузыря. Боли усиливались при дыхании, кашле, перемене положения тела. Беспокоила тошнота и многократная рвота. Температура тела достигала 38,7° С, тахикардия возрастала до 110 в минуту. Отмечалась мышечная защита и слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом верхнем квадранте живота. Кишечные шумы ослаблены.

Спустя несколько часов, несмотря на проводимое лечение, боли в правом подреберье продолжали сохраняться, появилась желтушность и зуд кожных покровов, потемнела моча.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования требуются для верификации диагноза?

Тактика ведения больной?

Сформулируйте план лечения?

ЗАДАЧА № 29

Больной 46 лет 5 часов назад резко встал с кровати и внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера. Вскоре присоединились частая рвота, не приносящая облегчения. Стула нет, газы не отходят. Из анамнеза жизни установлено, что операций у больного не было.

Объективно: при осмотре состояние больного тяжелое, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение тела. В легких при аускультации дыхание жесткое с множеством сухих хрипов; число дыхательных движений – 22 в минуту. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 120/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык подсыхает, спинка его обложена белым налетом. Живот вздут, ассиметричный, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Ниже от пупка пальпируется формы плотнoэластическое образование, при перкуссии над которым определяется тимпанит. Перистальтические

шумы над образованием не прослушиваются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Ректальное исследование: сила и тонус сфинктера сохранены, болезненности и нависания стенок кишки на высоте пальца не выявлено.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования Вы будете проводить для верификации диагноза?

Сформулируйте тактику ведения больного? Объясните принципы лечения?

Каковы признаки жизнеспособности кишки? Какие Вы знаете способы реанимации кишки?

ЗАДАЧА №30

Как врача реанимационной бригады Вас вызвали к пострадавшему, предъявляющему жалобы на боли в грудной клетке справа, правой половине живота, слабость, головокружение.

Из анамнеза известно, что около 20 минут тому назад кузовом машины прижат к стене.

Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз лица.

Пульс 120 уд./ мин, АД - 60/20 мм рт.ст. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации определяется болезненность на уровне 7-11 ребер, крепитация.

Дыхание справа прослушивается, ослаблено. Пальпация правой половины живота болезненна. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В отлогах местах определяется свободная жидкость.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Объем помощи на месте происшествия, при транспортировке?

Последовательность действий в стационаре?

ЗАДАЧА № 31

Больной 20 лет за 30 минут до поступления получил ранение левой половины грудной клетки. Возбужден, выраженное беспокойство. Требуется наложить повязку и отпустить домой. Пытается встать, но при этом теряет сознание.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом.

Пульс слабого наполнения и напряжения, 120 ударов в минуту, ритмичный. Слизистые оболочки синюшны, вены шеи набухшие, расширены. Отмечается резкая одышка;

дыхание прерывистое, поверхностное, изо рта запах алкоголя. Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка участвует в акте дыхания с обеих сторон. Дыхание везикулярное, слева ослаблено. Перкуторно - справа над всей поверхностью легочный звук; слева в нижних отделах его укорочение. При физикальном исследовании определяется расширение границ сердца, верхушечный толчок отсутствует. В IV межреберье по парастернальной линии слева имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, размерами 2x1 см, незначительно кровоточит. По передней поверхности грудной клетки четко определяется подкожная эмфизема.

Вопросы:

Предварительный диагноз?

Тактика врача в данной ситуации?

Назовите дополнительные методы диагностики?

Перечислите способы ушивания ран сердца и легких? Как следует закончить операцию?

Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

ЗАДАЧА № 32

Больная 29 лет 2,5 часа тому назад получила ранение правой половины грудной клетки. Пострадавшая находится в состоянии алкогольного опьянения.

При обследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст. В VI межреберье по средне-подмышечной линии справа имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, 1,5 x 0,8 см, незначительно кровоточит. При вдохе рана присасывает воздух. Дыхание слева везикулярное, справа на верхушке не прослушивается; в нижних отделах резко ослаблено. Перкуторно - справа звук в верхних отделах с коробочным оттенком, в нижних - укорочение перкуторного звука; слева над всей поверхностью легочный звук, по боковой поверхности грудной клетки определяется подкожная эмфизема.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?

План лечения?

С чем будет связан объем оперативного вмешательства?

Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

ЗАДАЧА № 33

Мужчина 22 лет на стройке получил внезапный сильный прямой удар монтажной балкой в верхнюю половину живота. Через 30 минут после травмы доставлен в приемный покой стационара.

Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу и правую лопатку, многократную рвоту с примесью крови в рвотных массах. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные; кожа покрыта липким холодным потом. Выражен акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, 140 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Язык обложен серо-грязным налетом, сухой. Живот слегка вздут; имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области при пальпации. Верхние отделы живота практически не участвуют в акте дыхания, здесь же определяется слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость сохранена. При аускультации выслушиваются слабые единичные перистальтические шумы. Больной не мочился.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими повреждениями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные способы обследования следует применить в данном случае?

Определите алгоритм лечения больного?

Опишите особенности ведения больного в послеоперационном периоде?

ЗАДАЧА № 34

В клинику поступил пациент после дорожно-транспортного происшествия. На мужчину 25 лет, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, 2 часа назад был совершен наезд. Вся сила прямого удара бампером автомобиля приходилась на область живота пострадавшего.

Жалобы на тупые постоянные боли в левом подреберье и по левому боковому флангу с иррадиацией в левое плечо, слабость, головокружение, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами. Однократно терял сознание.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, покрыты липким потом. Кожа передне-боковой брюшной и грудной стенок покрыта ссадинами.

При пальпации определяется интенсивная болезненность. Пульс - 104 удара в минуту, ритмичный, слабого напряжения и наполнения. Артериальное давление – 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений – 22 в минуту. Левая сторона грудной клетки отстает в акте дыхания. В легких дыхание ослаблено, особенно слева. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания, мягкий; болезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтика равномерна. Общий анализ крови: эритроциты – $3,42 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 98 г/л; ЦП – 0,92; гематокрит – 37 %.

Динамическое наблюдение в течение часа: пульс – 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/80 мм.рт.ст. Появились беспокойство, мышечная дрожь. Больной принял вынужденное положение - сидит, наклонившись вперед. Обнаружены слабые симптомы раздражения брюшины, преимущественно в мезогастррии слева и гипогастрии; там же укорочение перкуторного звука. Симптом Куленкампа положителен. Селезенка не пальпируется из-за мышечного дефанса. Границы ее не определяются.

Симптом поколачивания в поясничной области отрицателен с двух сторон. При ректальном исследовании имеется нависание передней стенки прямой кишки.

Общий анализ крови в динамике: эритроциты – $1,83 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 64 г/л; ЦП – 0,79; гематокрит – 26 %.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С повреждением каких органов необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Определите алгоритм лечения этого вида травмы?

Назовите показания к оперативному лечению, объем и особенности оперативного пособия при данном типе травм органов брюшной полости?

ЗАДАЧА № 35

Пострадавший мужчина 36 лет в состоянии алкогольного опьянения попал в дорожно-транспортное происшествие (падение с мотоцикла на асфальт). Каретой скорой помощи доставлен в больницу через 50 минут с момента получения травмы.

Жалобы на боли во всем теле, особенно в животе. При перекалывании больного появляются острые боли в крестце, лобке и промежности.

Сознание спутанное, на вопросы отвечает невпопад. Стонет. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 85/50 мм.рт.ст. Частота дыхательных движений - 30 в мин. В легких дыхание прослушивается по всем легочным полям, без хрипов. Тоны сердца звонкие. Язык подсыхает. Из рта ощущается запах алкоголя. Живот равильной формы, напряжен, болезнен во всех отделах, больше над лоном. Определить симптом Щеткина - Блюмберга затруднительно из-за беспокойного поведения больного. Положительный симптом Спигарного. Определяется притупление в правой подвздошной области, слева и над лоном. Область промежности пастозна. Кишечные шумы ослаблены. Газы не отходят, не мочился.

На рентгенограмме грудной клетки и брюшной полости (в горизонтальном положении) - патологии не определяется.

По катетеру из уретры получена алая кровь в незначительном количестве.

При ректальном исследовании: стенки прямой кишки подвижны, но болезненны; отмечается нависание передней стенки прямой кишки. На пальце кал, окрашенный кровью.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С повреждением каких органов необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования следует применить для верификации диагноза?

В чем будет заключаться алгоритм лечения больного?

Охарактеризуйте особенности послеоперационного периода? Назовите возможные послеоперационные осложнения?

ЗАДАЧА № 36

У пастуха 45 лет последние 2 месяца появились тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии. С течением времени стал отмечать у себя осветленный кал, потемнение мочи и желтушную окраску кожи и склер глаз. Ухудшение состояния в последнюю неделю связывает с появлением на коже сыпи, напоминающей крапивницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры глаз иктеричные. На лице, животе, внутренних поверхностях верхних и нижних конечностей - мелкоточечные высыпания диаметром 1-2 мм едва контурирующие над кожей. Пульс – 78 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. При глубокой пальпации в правой доле печени определяется округлое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка без особенностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какие способы исследования следует применить?

С чем связано ухудшение состояния?

Дальнейшая тактика ведения больного? В чем будет заключаться лечение пациента?

Назовите возможные осложнения данного заболевания?

ЗАДАЧА № 37

У больной 62 лет последние 5-6 месяцев участились приступы острых болей в верхних отделах живота опоясывающего характера. Двое суток назад вновь появились аналогичные боли. Появление последних связывает с приемом жирной пищи. Отмечает потемнение мочи и осветление кала, желтушное окрашивание кожи и склер глаз.

Последний приступ сопровождается выраженным болевым синдромом в правом и левом подреберьях, присоединились ознобы, стала нарастать желтуха.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела – 39° С. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы желтого цвета, сухие, со следами расчесов. Пульс – 88 ударов в минуту. Артериальное давление – 140/100 мм.рт.ст. Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, где пальпируется плотноэластичное резко болезненное образование. В данной области выражен дефанс мышц. Симптомы Ортнера, Кера, Мейо–Робсона и Воскресенского положительные. Симптомы раздражения брюшины отрицательны на момент обследования.

Цвет мочи интенсивно-темный. Кал полуоформлен, светлой окраски.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие исследования следует применить для верификации диагноза?

Ваша дальнейшая тактика и лечение? Сформулируйте показания к операции?

Какие существуют методы наружного дренирования желчных путей?

ЗАДАЧА № 38

Больной 70 лет доставлен в клинику каретой скорой помощи с жалобами на интенсивные острые боли в мезо и гипогастральной области с иррадиацией в спину, в левую поясничную область, одышку.

В течение десяти лет страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу которого неоднократно консервативно лечился в стационарах. Час назад при поднятии тяжести возникла нестерпимая боль в мезогастрии и гипогастрии, появилось затрудненное дыхание. Принимал нитроглицерин – без эффекта. Обратился за помощью.

Объективно: состояние тяжелое. Больной ведет себя беспокойно. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Пульсация артерий нижних конечностей отсутствует ниже уровня общих бедренных артерий с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные; прослушивается систолический шум над аортой. При пальпации в нижних отделах живота определяется болезненное пульсирующее образование 5x7 см. Симптом Щеткина – Блюмберга неубедительный. Симптом Куленкампа положительный. Имеется притупление в отлогих местах живота.

Общий анализ крови: эритроциты – $1,79 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 60 г/л; ЦП – 0,78; гематокрит – 23 %.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

В чем заключается лечение данного пациента?

Каков прогноз данного заболевания?

ЗАДАЧА № 39

У ребенка 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками.

Приехавший на вызов врач скорой помощи, нашел ребенка спокойно играющим. При осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал.

Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося еще через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение.

В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной. Пульс - 100 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Перкуторно печень и селезенка не увеличены. Притупления в отлогих местах нет. Аускультативно – перистальтика равномерная. Пальпация поясничной области безболезненна. Учащения мочеиспускания нет.

При ректальном исследовании нависания, болезненности стенок не выявлено, но на перчатке видны следы крови.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какова должна была быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре больного?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какое исследование следует выполнить с целью уточнения диагноза?

Назовите алгоритм лечения данной патологии?

Определите показания к операции и объем оперативного пособия при этой патологии?

ЗАДАЧА № 40

Больной 65 лет поступил через 20 часов с момента заболевания с жалобами на интенсивные боли внизу живота схваткообразного характера, больше слева, вздутие живота, задержку стула и газов.

Больной в течение последних 10-15 лет страдает запорами и отмечает, что подобные состояния были 2 или 3 раза и разрешались дома после очистительной клизмы, но в этот раз клизма эффекта не принесла; жидкость после введения ее в количестве примерно 250-300 мл изливалась обратно.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 72 удара в минуту; Артериальное давление - 110/80 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот вздут, слабо участвует в акте дыхания; при перкуссии определяется высокий тимпанит. Слева пальпируется образование плотно-эластической консистенции; перистальтика над ним не прослушивается. Там же определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный.

При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пустая, сфинктер зияет.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

Какие методы исследования помогут верифицировать диагноз?

Ваша лечебная тактика?

В чем состоят особенности оперативного пособия при данной патологии?

ЗАДАЧА № 41

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на боли в левой подвздошной области, запоры, повышение температуры тела до 38 °С. Больной себя считает в течение 3 суток. Первоначально появившиеся умеренные боли в левой подвздошной области больная пыталась самостоятельно купировать приемом спазмолитиков и анальгетиков. Но усиление болевого синдрома, присоединение 2 дня назад температуры, достигающей 38° С, заставили обратиться пациентку в хирургический стационар.

Из анамнеза установлено, что запорами страдает всю жизнь. Но последние годы запоры приняли особенно упорный характер: самостоятельного стула у больной практически не бывает, только после приема слабительных и клизм.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 98 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 140/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в акте дыхания, болезнен в левой подвздошной области, где пальпируется умеренно болезненное неподвижное образование, размерами 10,0 x 8,0 см, без четких границ. Перкуторно притупление в отлогих местах не определяется. При аускультации живота перистальтика сохранена.

При ректальном исследовании болезненности и нависания стенок кишки не выявлено; кал обычного цвета.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Назовите пусковые механизмы развития данного состояния?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза?

В чем заключается лечебная тактика по отношению к данной больной?

Назовите возможные осложнения при данной патологии?

ЗАДАЧА № 42

Мужчина 79 лет проснулся среди ночи от интенсивных постоянных болей в животе, сопровождающихся многократной рвотой. Через час был госпитализирован в хирургический стационар. Около полугода больной жалуется на умеренного характера боли в животе, запоры (по 5-6 дней), примесь крови в кале. За медицинской помощью не

обращался. Последние 5-6 дней боли в животе стали интенсивнее, стула не было 7 дней, 2 дня беспокоит периодическая рвота.

Объективно: состояния больного тяжелое. Больной кахектичен. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 ударов в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм. рт. ст. Рвота продолжается; рвотные массы приобрели «каловый» характер. Стула нет, газы не отходят. Язык сухой. Живот вздут во всех отделах, болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. В левой подвздошной области нечетко пальпируется плотно-бугристое образование размерами 12,0 x 9,0 см. В отлогах местах брюшной полости имеется притупление перкуторного звука и «шум плеска». Перистальтика не выслушивается.

При ректальном исследовании сфинктер зияет, ампула прямой кишки пустая.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие исследования необходимо применить для верификации диагноза?

Ваша тактика ведения пациента?

Лечение?

ЗАДАЧА № 43

Больная 64 лет доставлена каретой скорой помощи в приемный покой с направительным диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение».

Из анамнеза было установлено, что в течении 3 суток у больной отмечалось обильное выделение темной крови во время акта дефекации. Первоначально больная решила, что это геморроидальное кровотечение, которые отмечались последние 10 лет, но значительно меньшей интенсивности, и в связи с этим за медицинской помощью не обращалась. Однако сегодня появилась резкая слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморочное состояние, в связи с чем была вызвана карета скорая помощь.

В анамнезе: язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь. 5 лет назад при выполнении ирригографии были выявлены дивертикулы ободочной кишки.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больная адинамична, кожные покровы бледные. Артериальное давление – 80/60 мм.рт.ст. Пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При ректальном исследовании сила и тонус сфинктера сохранены, в просвете кишки кал с примесью темной крови.

Учитывая тяжесть состояния больной, врач приемного покоя госпитализировал больную в реанимационное отделение.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?

Какие инструментальные методы необходимо использовать для верификации диагноза?

Какова лечебная тактика при данной патологии? Назовите показания и объем оперативного лечения.

ЗАДАЧА № 44

Больной 45 лет обратился к хирургу с жалобами на сильную боль в области заднего прохода, усиливающуюся при ходьбе, физической нагрузке и сидении; появление «шишек» в анальной области, не вправляющихся в анальный канал, задержку мочеиспускания.

Заболел остро 2-е суток назад, когда после погрешностей в питании (прием большого количества алкоголя) внезапно появились вышеописанные жалобы. Ранее (в течение

последних пяти лет) более не отмечал. Были небольшие кровотечения во время акта дефекации 1-2 раза в месяц, но за медицинской помощью не обращался.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела – 36,7° С. Пульс – 82 ударов в минуту. Артериальное давление – 110/70 мм.рт ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный; над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При осмотре вся перианальная область отечна, гиперемирована. В анальной области в проекции 3, 7 и 11 часов определяются резко увеличенные, напряженные багрово-синюшного цвета болезненные геморроидальные узлы.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Приведите особенности этиологии и патогенеза данного заболевания?

С какими болезнями следует проводить дифференциальную диагностику?

Назовите тактику ведения больного?

Современные принципы лечения данного заболевания?

В какие сроки этому больному показано оперативное пособие? Какие операции при данном заболевании Вы знаете?

ЗАДАЧА № 45

Больной 49 лет поступил в клинику с жалобами на боли в прямой кишке, иррадиирующие в правую ягодичную область и низ живота, подъем температуры до 39-40° С, озноб, дизурические расстройства.

Болен в течение недели, когда появилось чувство тяжести в тазу, сменившееся неотчетливыми болями в прямой кишке, правой ягодичной области и над лоном, субфебрильная температура, дизурические расстройства.

Больной обращался к урологу. Был назначен курс лечения по поводу острого простатита, но состояние ухудшилось: боли и температура нарастала, в связи с чем больной был направлен к хирургу.

При осмотре промежности патологии не выявлено, но при глубокой пальпации правой ягодицы определяется болезненность в глубине таза. При ректальном исследовании сразу за сфинктером по правой стенке ампулы прямой кишки определяется резко болезненный, флюктуирующий инфильтрат высокой локализации (верхний полюс которого установить не удастся), занимающий правую полуокружность прямой кишки. Предстательная железа не увеличена, плотная, умеренно болезненна.

Вопросы:

Ваш диагноз? Назовите этиологические факторы заболевания?

Чем вызваны первоначальные диагностические ошибки?

Какова тактика ведения больного?

Какое хирургическое пособие можно применить в данном случае? Особенности хирургического лечения?

Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА № 46

Больная 25 лет обратилась в приемный покой с жалобами на боли в области промежности, иррадиирующие во внутреннюю поверхность правого бедра, ощущение инородного тела в заднем проходе, повышение температуры до 38°С.

Больной себя считает в течение 4 дней, когда появились сначала тупые, а затем довольно интенсивные боли в промежности, усиливающиеся при дефекации.

Самостоятельное лечение в виде сидячих горячих ванн, примочек с фурациллином эффекта не дало и больная обратилась за медицинской помощью к хирургу.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс - 76 ударов в минуту. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Дизурических расстройств нет; стул регулярный. Локально: в перианальной области в проекции 11 часов

определяется резко болезненный, напряженный, флюктуирующий инфильтрат, размерами 4 x5 см., кожа над ним гиперемирована.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние у больной?

Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для верификации диагноза?

Какова тактика лечения больной?

Какие операции Вы знаете при данном заболевании?

ЗАДАЧА № 47

Больной 54 лет обратился к хирургу с жалобами на выделения алой крови с калом при дефекации, общую слабость, периодические головокружения.

Из анамнеза установлено, что в течение 15 лет страдает хроническим геморроем, который проявлялся незначительными периодическими кровотечениями.

Но последние 6 месяцев кровотечения приняли постоянный характер. При этом кровь выделялась пульсирующей тонкой струйкой. За медицинской помощью больной не обращался, лечился самостоятельно ректальными свечами. Отмечает ухудшение общего самочувствия в виде слабости, головокружений в последние два месяца.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больной апатичен, кожа бледная и холодная. Пульс – 88 ударов в минуту; артериальное давление - 110/80 мм.рт.ст.

При ректальной исследовании в анальном канале на 3, 7, 11 часах обнаружены увеличенные, безболезненные геморроидальные узлы. На ножке узла в проекции 3 часов обнаружен участок аррозии слизистой, прикрытый сгустком крови. На высоте пальца патологии не выявлено.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние у больного?

Объясните патогенез данной патологии?

Какова дальнейшая диагностическая тактика ведения больного?

В чем заключается лечение данного больного?

Назовите возможные послеоперационные осложнения при данной патологии.

Каков прогноз?

ЗАДАЧА № 48

В клинику доставлен больной 22 лет с жалобами на тупые ноющие боли в животе, частый жидкий стул до 10-12 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Из анамнеза установлено, что больным себя считает около 7 месяцев, когда периодически стали беспокоить боли в животе (больше слева), жидкий стул, выделения слизи и крови с калом. Ближайшие родственники (отец) имели подобные симптомы, но за медицинской помощью не обращались.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Больной пониженного питания. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстой кишки. При пальпации патологических образований в брюшной полости не выявлено. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. При ректальном исследовании в анальном канале на 3, 7 и 11 часах определяются увеличенные безболезненные геморроидальные узлы; слизистая над ними не изменена. На перчатке – следы жидкого коричневого кала с примесью крови.

При ректороманоскопии слизистая на всем протяжении резко гиперемирована, отечна, определяются эрозии слизистой, прикрытые фибрином и легко кровоточащие при контакте. Сосудистый рисунок не прослеживается.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние у больного?

Какие дополнительные инструментальные методы необходимо использовать для установления диагноза?

Какова тактика лечения больного?

Назовите осложнения данной патологии?

Каковы показания к оперативному лечению данного заболевания? Расскажите об операциях, проводимых для лечения описываемой патологии?

Назовите возможные послеоперационные осложнения?

ЗАДАЧА № 49

Больной 46 лет доставлен в клинику с жалобами на боли в левой половине живота, жидкий стул с примесью слизи до 4-6 раз в сутки, потерю веса на 6 кг за 2 месяца.

Из анамнеза было установлено, что вышеперечисленные жалобы появились 2 месяца назад. За медицинской помощью не обращался, ни чем не лечился.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Больной пониженного питания. Пульс – 72 удара в минуту. Артериальное давление – 110/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой половине. При перкуссии живота притупления в отлогих местах нет. Аускультативно хорошо прослушиваются кишечные шумы.

При ректальном исследовании болезненности и нависания стенки кишки не отмечено. На перчатке – следы жидкого кала обычного цвета. При ректороманоскопии на высоте 25 см от переходной складки просвет кишки равномерно сужен на 1/2 просвета, так что пройти ректоскопом выше места препятствия не удалось, но отмечено, что слизистая сохранена, ригидная, тусклая; сосудистый рисунок не прослеживается.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте этиологию и патогенез данного заболевания?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние больного?

Какие дополнительные методы диагностики необходимо применить для верификации диагноза?

Какова дальнейшая лечебная тактика?

Обоснуйте показания и принципы хирургического лечения данного заболевания?

Какие осложнения данной патологии Вы знаете? Тактика ведения больных с осложнениями?

ЗАДАЧА № 50

Больная 35 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на сильные боли «жгучего» характера в области заднего прохода, возникающие сразу же после акта дефекации и продолжающиеся в течение 1,5-2 часов.

Прием анальгетиков, ректальные свечи, сидячие горячие ванночки болевой приступ не предупреждают и купируют с трудом. На протяжении последующих 3-4 часов больная ощущает выраженный анальный дискомфорт.

Больной себя считает около года, когда после затрудненной дефекации начали появляться умеренные боли в анальном канале, купировавшиеся после использования ректальных свечей. Но последние 2 месяца боли приняли настолько интенсивный характер, что это стало нарушать работоспособность больной. Пациентка стала бояться акта дефекации; стул у больной после приема слабительных на 3-4 сутки. На кале определяется полоска крови.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс - 78 ударов в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет.

Вопросы:

Ваш диагноз? Расскажите об этиологии и патогенезе приведенного заболевания?

С какой патологией необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие дополнительные методы могут быть использованы для верификации диагноза?

Какова тактика ведения больной?

В чем особенности ведения послеоперационного периода?

Назовите осложнения, возникающие при данной патологии и возможные послеоперационные осложнения при данной патологии и меры по их профилактике?

ЗАДАЧА № 51

Больной 49 лет обратился к хирургу с жалобами на наличие свищевого хода в перианальной области с выделением гноя.

Из анамнеза установлено, что на протяжении 4-х последних лет трижды в хирургических отделениях ему экстренно вскрывали гнойники в перианальной области. Последние 6 месяцев появилось ощущение дискомфорта в области заднего прохода, зуд, выделение гноя из появившегося свищевого отверстия. Самостоятельное лечение в виде горячих сидячих ванночек, ректальных свечей, мазевых компрессов давали временный эффект; наружное свищевое отверстие закрывалось, однако, через некоторое время вновь появлялись гнойные выделения.

Объективно: при осмотре в перианальной области на 9 часах (при положении больного на спине) и в 3-х см от переходной складки имеется наружное отверстие свищевого хода, идущего к задней крипте анального канала экстрасфинктерно.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Расскажите этиопатогенез рассматриваемого заболевания?

Перечислите дополнительные методы верификации диагноза?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какова лечебная тактика?

Чем определяется выбор метода операции в рассматриваемом случае? Какие хирургические операции Вы знаете при лечении патологии?

Назовите возможные послеоперационные осложнения и методы их коррекции?

ЗАДАЧА № 52

Больной, 19 лет, упал с перекладки на отведенную правую руку. После падения почувствовал резкую боль в правом плечевом суставе, появилась грубая деформация в области сустава. Активные и пассивные движения стали невозможными и попытки их выполнить приводили к резкому усилению болезненности. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в травматологический пункт.

Объективно: состояние больного относительно удовлетворительное. Адекватен, ориентирован. Пульс – 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые. Дыхание свободное. При осмотре: пациент удерживает здоровой рукой больную руку за предплечье, стараясь при этом препятствовать приведению плеча. Правое плечо опущено и отведено. Поврежденная сторона плечевого пояса (правая) несколько укорочена по сравнению со здоровой (левой). Контуры плечевого сустава изменены, наружная поверхность плечевого сустава уплощена. Положителен симптом Лежара. Продольная ось правого плеча, продленная вверх, смещена кнутри. При пальпации головка правой плечевой кости определяется в подмышечной впадине. Пассивные движения в суставе невозможны, попытка произвести их встречает пружинящее сопротивление, сопровождающееся выраженной болезненностью. Пульсация правой лучевой артерии в области лучезапястного сустава прослеживается; чувствительность в области пальцев кисти без особенностей; движения в области лучезапястного сустава и пальцев кисти сохранены.

Вопросы:

Какой диагноз у пострадавшего?

Какие дополнительные методы диагностики можно использовать?

Укажите объём и содержание медицинской помощи на этапах лечения?

Каков способ лечения? Какова длительность и способ иммобилизации?

Какие методы лечения Вы используете после прекращения иммобилизации для восстановления функции конечности?

ЗАДАЧА № 53

Больная, 67 лет, оступившись, упала на область большого вертела правого бедра. Сразу же появилась боль острого характера в данной области с иррадиацией в пах. После падения самостоятельно передвигаться не смогла из-за выраженного болевого синдрома и невозможности управлять нижней конечностью. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приёмное отделение многопрофильной больницы.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Несколько дезориентирована. Повышенного питания. Артериальное давление – 140/90 мм. ртутного столба. Пульс - 90 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. При осмотре занимает вынужденное положение на спине. Правая нижняя конечность ротирована кнаружи. Область правого тазобедренного сустава не изменена. При пальпации осевая нагрузка на большой вертел справа болезненна; большой вертел находится на 3 см выше линии Розера-Нелатона. Симптом С.С. Гирголава положительный. Под пупартовой связкой справа отмечается болезненность. Положителен симптом осевой нагрузки и "прилипшей пятки". Правая нижняя конечность укорочена на 2 см за счет функциональной длины.

Вопросы:

Какой диагноз у пострадавшей?

Какой дополнительный метод диагностики Вы используете в данном случае?

Какова тактика лечения на этапах оказания медицинской помощи?

Какие фиксаторы используют для лечения данной патологии? Какова длительность иммобилизации?

Каковы сроки начала активных движений в тазобедренном суставе с учетом избранного метода лечения?

ЗАДАЧА № 54

Больной, 26 лет, поступил в клинику по поводу открытого перелома правой бедренной кости через четыре часа после автодорожного происшествия. На догоспитальном этапе проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками, наложение асептической повязки на рану, иммобилизация правой нижней конечности шиной Дитерихса. Госпитализирован в городскую клиническую больницу.

На момент осмотра общее состояние больного средней тяжести. Артериальное давление 110/70 мм ртутного столба. Пульс - 100 ударов в минуту.

Предоперационная подготовка включала противошоковую инфузионную терапию в объёме 2 литров (кровезаменители и глюкоза; введение противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина). Рана размером до 10 см носила ушибленный характер, в неё выстоял дистальный отломок бедренной кости, кровотечение было невыраженным (венозным). Первичная хирургическая обработка раны завершилась внутрикостным остеосинтезом спаренным штифтом ЦИТО, наложением первичных швов и активным дренированием раны.

В послеоперационном периоде беспокоили умеренные боли в ране. Температура -37,6° С. Артериальное давление - 120/80 мм ртутного столба. Пульс - 80 ударов в минуту.

На 3-и сутки появились постоянные интенсивные распирающие боли в ране. Пульс - 118 ударов в минуту; температура тела - 38,3° С. Артериальное давление - 100/80 мм ртутного столба.

При осмотре правого бедра отмечена отёчность и бледно-жёлтая окраска кожных покровов. Вокруг раны располагались тёмные (бронзовые) пятна, определялась подкожная эмфизема. После того как швы с операционной раны были сняты, края её разошлись. В рану выбухали отёчные мышцы вишнёвого цвета; незначительное по количеству отделяемое имело серозно-геморрагический характер. При пальпации вокруг раны из неё выделялись пузырьки газа.

Вопросы:

Какой диагноз у пострадавшего?

Какие методы исследования необходимы для верификации диагноза?

Какова тактика лечения больного?

В чем будет заключаться его лечение?

Какие мероприятия специфической и неспецифической терапии нужно провести?

Какие оперативные пособия могут быть применены при лечении данной патологии?

ЗАДАЧА № 55

Больной, 46 лет, за сутки до поступления в клинику упал на ладонь левой руки. В момент травмы почувствовал резкую боль в левом локтевом суставе, щелчок и «смещение руки». Занимался самолечением: тугое бинтование конечности, наложение холода и спиртовых компрессов, приём анальгетиков. Улучшения не наступило: отёк сустава увеличился, на коже плеча и предплечья образовались пузыри, содержащие прозрачную жидкость; интенсивность болевых ощущений сохранялась на прежнем уровне, какие-либо движения были невозможны.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 72 удара в минуту; артериальное давление - 120/80 мм ртутного столба. Местный статус: при осмотре повреждённой конечности хирург выявил деформацию в области левого локтевого сустава, укорочение предплечья, симптом «пружинящей фиксации», снижение чувствительности кожных покровов пятого и локтевой половины четвертого пальца. Активные движения в суставах этих пальцев (сгибание и разгибание) были сохранены, но ограничены по амплитуде. Во время пальпации было отмечено, что локтевой отросток выступает кзади, верхушка его расположена выше линии Гюнтера и кнаружи от оси плеча.

Вопросы:

Какой диагноз повреждения?

Какие дополнительные методы диагностики можно использовать?

Тактика лечения данной патологии на этапах оказания медицинской помощи?

Каковы возможные сопутствующие повреждения?

Какой метод обезболивания лучше применить?

Каков способ и срок иммобилизации верхней конечности при данном виде травмы?

ЗАДАЧА № 56

Больная, 68 лет, поскользнувшись на улице, упала на правый локоть и почувствовала резкую боль в правом плечевом суставе. Врачом скорой помощи после введения пострадавшей обезболивающих средств, произведена транспортная иммобилизация правой верхней конечности лестничной шиной. Больная доставлена в приемный покой больницы.

Объективно: состояние средней тяжести. Артериальное давление – 140/90 мм ртутного столба Пульс – 82 удара в минуту. При обследовании отмечена выраженная отёчность области правого плечевого сустава, обширный кровоподтек сине-красного цвета, распространяющийся и на переднюю поверхность грудной клетки; поколачивание по локтю вызывает боль в правом плечевом суставе. Активные движения в правом плечевом суставе невозможны из-за боли, пассивные в области сустава болезненны, но возможны.

При попытке вращения плеча костная крепитация не ощущается, при этом большой бугорок движется вместе с плечом. Головка плечевой кости при пальпации определяется на обычном месте. Симптома «пружинящей фиксации» нет.

Вопросы:

Какой диагноз данного повреждения?

Какие методы инструментального обследования следует выполнить?

Тактика лечения данной патологии на этапах оказания медицинской помощи?

Какой способ лечебной иммобилизации Вы выберёте?

Каковы сроки начала активных движений в плечевом суставе с учетом избранного метода лечения?

Каковы возможные осложнения при данной патологии?

ЗАДАЧА № 57

Больной, 37 лет, доставлен в клинику каретой «скорой помощи» с жалобами на резкие боли в правой половине таза, тошноту, головокружение. Со слов больного, за 20 минут до поступления в стационар он был сбит легковым автомобилем. Удар бампером пришёлся в область правой половины таза и верхней трети правого бедра. Сознания не терял. При осмотре больной сохранял вынужденное положение: лежал на спине, полностью не разгибал правую ногу в коленном и тазобедренном суставах. Общее состояние тяжёлое. Кожные покровы и видимые слизистые имели бледную окраску. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст.; пульс - 110 ударов в минуту. Живот обычной формы, при пальпации - мягкий и слегка болезненный в нижнем отделе справа. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В области крыла правой подвздошной кости имелась обширная подкожная гематома; резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а также заднего отдела подвздошной кости справа. Правая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована наружу. При сравнительном измерении длины правой и левой нижних конечностей абсолютного укорочения не определялось, однако при измерении длины от мечевидного отростка до внутренней лодыжки было выявлено укорочение на 2,5 см справа. Сдавление и разведение половин таза между собой руками исследователя, фиксированными на гребнях подвздошных костей, вызывало усиление болевых ощущений справа и туго эластичное смещение костей. Чувствительность периферических отделов конечностей, активные движения пальцев и стоп, пульсация задней большеберцовой и тыльной артерии стоп сохранены. Больной самостоятельно мочился, моча имела насыщенно-жёлтый цвет, без примеси крови. При микроскопическом исследовании мочи количество лейкоцитов составляло до 3-4 в поле зрения, а эритроцитов - 1-2.

Вопросы:

Каков наиболее вероятный диагноз?

Каковы дополнительные диагностические методики?

Какова последовательность лечебных мероприятий?

Какие виды обезболивания Вы будете использовать?

Каков способ иммобилизации при данном типе повреждения?

ЗАДАЧА № 58

Больной, 29 лет, госпитализирован в клинику по поводу сотрясения головного мозга через 45 минут после травмы. Последнюю получил в результате удара по голове тяжёлым предметом. Факт приёма алкогольных напитков больной не отрицал. Со слов сопровождающих его друзей, время утраты сознания составляло не более 20-30 секунд. В приёмном покое дежурный врач-нейрохирург выявил общемозговую симптоматику (головная боль, головокружение, заторможенность, тошнота, светобоязнь, раздражительность). Локальные менингеальные и очаговые симптомы отсутствовали.

Объективно: общее состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые имели нормальную окраску. Дыхательные движения не вызывали болевых ощущений. Аускультативно дыхание было равномерным и везикулярным. Пульс составлял 64 удара в минуту, артериальное давление - 130/80 мм ртутного столба на обеих руках. Живот принимал участие в акте дыхания, пальпация его не вызывала болевых ощущений.

На рентгенограммах черепа в двух проекциях костно-травматических изменений не отмечено.

Через 12 часов с момента поступления состояние больного стало прогрессивно ухудшаться. Появились жалобы на усиление интенсивности головных болей, головокружение и слабость. Дважды была рвота, приносящая временное облегчение. Сознание расценивалось как спутанное; отмечалось психомоторное возбуждение. При повторном осмотре установлено: расширение правого зрачка, отчетливая ригидность затылочных мышц, левосторонний гемипарез.

Вопросы:

Каков уточнённый диагноз повреждения?

В чем причины ухудшения состояния больного?

Какие дополнительные методы диагностики, которые можно использовать для подтверждения и уточнения диагноза?

Каков метод лечения больного?

В чем заключается специализированная медицинская помощь данному больному?

ЗАДАЧА № 59

Мужчина, 56 лет, во время работы на стройке получил удар по голове кирпичом, упавшим с высоты 1,5 метра. Травма сопровождалась потерей сознания в течении 2 минут. С момента происшествия прошло около четырёх часов.

Больной предъявляет жалобы на интенсивную головную боль распирающего характера, тошноту и шум в ушах. Была однократная рвота съеденной накануне пищей, приносящая временное облегчение.

Объективно: состояние больного ближе к средней тяжести; бледен, адинамичен. Дыхание самостоятельное. Частота дыхательных движений - 16 в минуту. Пульс - 52 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 150/80 мм ртутного столба на обеих руках. Локальных мозговых и менингеальных симптомов не выявлено. Возвышенное положение в постели уменьшает интенсивность головных болей.

На рентгенограммах костей черепа повреждений не выявлено.

Вопросы:

Каков диагноз повреждения?

Какие дополнительные методы исследования можно использовать для постановки диагноза?

Каковы возможные осложнения?

Каковы основные направления лечения пациента?

Каких специалистов следует привлечь для консультации?

Какой объём помощи должен быть оказан пострадавшему по корой медицинской помощи, при специализированной помощи?

ЗАДАЧА № 60

Больному, 34 лет, во время строительных работ придавило левую ногу обломком стены. Через 1 час 20 минут попутным транспортом он был доставлен в приёмный покой больницы. Транспортная иммобилизация не производилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Дыхательные движения не вызывали болевых ощущений, дыхание везикулярное, 24 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм.рт.ст. Пульс – 80 ударов в минуту. При осмотре отмечается резко выраженная деформация в

нижней трети левого бедра, ссадина по переднее - наружной поверхности средней и нижней трети бедра размером 12 x 5 см; стопа бледная. Пульсация сосудов отсутствует на голени и стопе; осевая нагрузка резко болезненная в области левого коленного сустава. Отёк по задней поверхности левого бедра и в подколенной области выражен незначительно.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пострадавшего?
2. Какие первоочередные исследования следует выполнить больному?
3. Укажите объём и содержание первичной медико-санитарной помощи (доврачебной, врачебной), специализированной травматологической и ортопедической помощи.
4. Какой способ лечебной иммобилизации Вы выберёте? Каковы сроки лечебной иммобилизации поврежденной конечности?
5. Каковы наиболее возможные осложнения данного вида переломов, которое необходимо иметь в виду в первые дни лечения?

ЗАДАЧА № 61

Строитель, 41 года, был завален во время аварии обломками здания. С места происшествия в приемное отделение больницы был доставлен на носилках в положении на животе и с телогрейкой, подложенной под грудную клетку, через 8 часов после получения травмы.

Жалобы на боли в спине, отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях.

Объективно: состояние средней тяжести. Дыхательные движения безболезненные, дыхание везикулярное, 22 в минуту. Артериальное давление - 110/70 мм ртутного столба; пульс - 82 удара в минуту. Тоны сердца приглушены. Крепитации костных отломков и патологической подвижности в области ребер не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Локально: отмечается наличие ссадин и кровоподтеков на спине, пояснице и нижних конечностях, кифосколиотическая деформация в области нижнегрудного и верхнепоясничного отделов позвоночника. Визуализируется выстояние остистого отростка первого поясничного позвонка. Пальпация данной области резко болезненна. При кашле и глубоком вдохе боли в спине усиливаются. Движения нижними конечностями не возможны; чувствительность ниже места повреждения отсутствует. Пульсация артерий на нижних конечностях четкая. Костной крепитации и патологической подвижности нет. Мочеиспускания не было. Перкуторно: дно мочевого пузыря определяется над лонным сочленением.

Вопросы:

Какой диагноз Вы поставите пострадавшему?

В правильном ли положении был доставлен больной с места получения травмы?

Какова последовательность лечебных мероприятий?

Какие дополнительные методы обследования Вы предпримите?

Какой план лечения Вы предложите?

ЗАДАЧА № 62

Больной 60 лет поступил с жалобами на задержку мочи, которая наступила внезапно на 2-й день после купания в холодной воде.

В течение 12 часов больной не мог помочиться. Затем присоединилась жажда, сухость во рту. Острая задержка возникает 3-4 раза на протяжении последних 2-х лет. Больной вызвал карету скорой медицинской помощи, которой и был доставлен в урологическую клинику.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела - 37,8° С. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, с массой сухих хрипов. Язык сухой. Живот не вздут, мягкий, болезненный над

лобком, где пальпируется дно мочевого пузыря. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого сомнителен с обеих сторон.

При ректальном исследовании предстательная железа значительно увеличена, тугоэластической консистенции, безболезненная. Междолевая борозда сглажена.

В приемном покое больному произведена катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером (резиновый катетер провести не удалось). Эвакуировано около 400 мл мочи.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Какие методы исследования необходимы для верификации диагноза?

Какую выберите тактику ведения больного?

В чем заключается лечение?

ЗАДАЧА № 63

Больной 23 лет поступил в клинику с высокой температурой, ознобами, постоянной ноющей болью в левой поясничной области.

Боли возникли 9 дней назад. Периодически они усиливались. 6 дней назад поднялась температура тела до 37,5—37,8°С. Лечился спазмолитическими препаратами, эритромицином, фуразолидоном. За 2 дня до поступления появились периодические ознобы с подъемом температуры до 39,0-39,2°С. В анамнезе год назад почечная колика.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура — 37,8°С. Пульс — 92 удара в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление - 140/95 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация области левой почки и сотрясение левой поясничной области слегка болезненны. Предстательная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненна.

На обзорной рентгенограмме почек тени конкрементов не определяются.

На внутривенных урограммах контрастное вещество определяется в лоханках обеих почек. Слева — умеренное расширение лоханки и чашечек; справа - контуры лоханки нормальные.

В первые сутки поступления при катетеризации левого мочеточника встречено препятствие на 2 см от устья. Катетер № 5 удалось провести мимо препятствия, при этом поступила мутная моча из устья мочеточника. Катетер введен на 26—27 см и оставлен в почке.

Несмотря на интенсивную противовоспалительную спазмолитическую и детоксикационную терапию в течение 2 суток ознобы повторялись, но были менее продолжительными. По катетеру из левой почки поступала относительно прозрачная моча. Продолжается лихорадка гектического типа, обильное потоотделение.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие исследования показаны больному для верификации диагноза?

Ваша тактика ведения пациента?

В чем заключается лечение?

ЗАДАЧА № 64

Больная в возрасте 61 года доставлена в клинику с жалобами на ноющие боли в левой поясничной области, озноб, повышение температуры тела до 39°С.

Год назад впервые отметила приступообразные боли в левой поясничной области, после чего самостоятельно с мочой отошел конкремент. Около 6 месяцев назад наблюдалось болезненное, частое мочеиспускание; моча была мутной. 10 дней назад в левой поясничной области внезапно возникли резкие приступообразные боли,

сопровождаясь потрясающим ознобом, высокой температурой тела, проливным потом. Госпитализирована с диагнозом: острый левосторонний пиелонефрит.

На обзорном снимке почек - тень, подозрительная на камень в нижней трети левого мочеточника.

Проводилось лечение антибиотиками и интенсивная дезинтоксикационная терапия. Боли приняли ноющий характер, состояние ухудшилось и больная была переведена в урологическую клинику.

Общее состояние тяжелое, бледная, кожа покрыта холодным потом. Пульс - 116 ударов в минуту. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области левой почки. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный слева.

На обзорной рентгенограмме - слева, на уровне I крестцового позвонка плотная тень размером 2x1 см.

Через 2 ч после госпитализации состояние ухудшилось: сознание затемнено, отмечается резкая бледность, кожа покрыта холодным потом. Пульс нитевидный, 140 ударов в минуту. Тоны сердца глухие. Максимальное артериальное давления снизилось до 60 мм рт. ст. Температура тела - 35,4°C.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Какое осложнение возникло у больной?

Назовите причины данного осложнения?

Ваша тактика ведения больной?

Назовите лечение?

ЗАДАЧА № 65

В приемное отделение клиники обратился больной 56 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся вниз по животу, в наружные половые органы; на тошноту и рвоту, учащенное мочеиспускание. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения.

Приступ болей возник впервые. Заболеваниями почек ранее не страдал.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 ударов в минуту. Артериальное давление - 110/70 мм рт.ст. Живот подвздут, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный слева. Кишечные шумы прослушиваются. Мочеиспускание учащено, сопровождается резью в конце акта.

На обзорном снимке почек теней, подозрительных на конкременты, не обнаружено.

На УЗИ - левая почка увеличена в размерах; полостная система расширена.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Для подтверждения диагноза, какие еще исследования и в какие сроки необходимо сделать?

Указать последовательность и объем лечебных мероприятий?

ЗАДАЧА № 66

Мужчина 43 лет в состоянии алкогольного опьянения получил удар в живот 2 часа назад, после чего почувствовал резкие боли внизу живота, частые позывы на мочеиспускание. При попытках мочиться выделяется лишь небольшое количество кровянистой жидкости. До травмы не мочился более 6 часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура — 37,8° С. Пульс — 102 удара в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление - 120/75 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены; в легких дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, болезненный в нижних отделах. Кишечные шумы прослушиваются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Симптом

Щеткина-Блюмберга положительный. Органы мошонки без патологии. Кровотечения из уретры нет. Предстательная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненная.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования могут способствовать в уточнении диагноза?

Ваша тактика ведения пострадавшего?

Сформулируйте лечение?

ЗАДАЧА № 67

Больной 32 лет упал с крыши одноэтажного дома и ударился левой половиной туловища о твердый предмет. Доставлен в больницу через 2,5 часа после травмы.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести, стонет от боли, в сознании. Пульс — 90 ударов в минуту. Артериальное давление — 135/85 мм рт.ст. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Тоны сердца ясные. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот правильной формы, симметричный. Левая половина живота отстает при дыхании. Притупление в отлогих местах отсутствует. При пальпации живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Максимальная болезненность отмечается в левой поясничной области. Кишечные шумы прослушиваются слабо. Почки не пальпируются. Отмечается резко положительный симптом Пастернацкого слева. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Самостоятельно не мочится. При катетеризации мочевого пузыря получено 150 мл мочи цвета «мясных помоев».

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие методы исследования помогут в верификации диагноза?

Ваша тактика ведения пострадавшего?

Сформулируйте принципы лечения больного?

ЗАДАЧА № 68

Больная 62 лет доставлена каретой скорой помощи с жалобами на резкие постоянные боли по всему животу без определенной локализации, тошноту, 3-х кратную рвоту съеденной накануне пищей, не приносящую облегчения, жидкий стул. Перед появлением болей отмечалась задержка стула; газы отходят нерегулярно. Вследствие нестерпимых болей, кричит, просит оказать помощь, подтягивает ноги к животу.

Из анамнеза выявлено, что заболела 6 часов назад, когда внезапно, без видимых причин возникли острые боли в животе. Вначале они имели схваткообразный характер. Но постепенно стали постоянными. Вызвала карету скорой помощи. Доставлена в стационар. Объективно: общее состояние тяжелое. Больная возбуждена. Пульс - 120 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 90/60 мм.рт.ст. Язык подсыхает. Живот подвздут. При пальпации мягкий, болезненный во всех областях. Перкуторно в отлогих местах отмечается притупление звука; кишечные шумы приглушены. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см, эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При ректальном исследовании на перчатке кал с примесью крови; слизистая прямой кишки смещается частично. Отмечается болезненность и нависание ее передней стенки.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями Вы считаете необходимым провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной?

Назовите алгоритм лечения данной патологии?

ЗАДАЧА № 69

Больной 28 лет жалуется на повышенную утомляемость в ногах при ходьбе, парестезии, судороги, понижение кожной температуры, повышенную чувствительность к холоду.

Полгода назад при ходьбе и физических нагрузках стали появляться боли в икроножных мышцах, примерно через 500 метров. Предъявляет жалобы на наличие покалываний и жжения в кончиках пальцев нижних конечностей. При охлаждении конечности приобретали бледную окраску. В анамнезе отмечает неоднократные переохлаждения. Курит в течение 10 лет. Местный статус: кожные покровы нижних конечностей бледные. Отмечается отсутствие волосяного покрова в области голеней; пульсация на артериях тыла стоп ослаблена; на подколенных и бедренных сохранена. Симптомы плантарной ишемии, Самуэляса, Ленель-Ловастина, Мошковица и Шамовой положительные на обеих нижних конечностях.

На рентгенограммах костей нижних конечностей отмечается слабый остеопороз.

Коагулограмма: протромбиновый индекс - 92%; время рекальцификации - 60 сек; толерантность плазмы к гепарину – 8 мин; фибриноген - 4,8 г/л; фибриноген «В» - (++)
тромботест – 5 баллов.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Назовите этиопатогенез данного заболевания

С какими заболеваниями надо дифференцировать данную патологию?

Какова степень нарушения кровообращения у больного?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Определите консервативную терапию данного заболевания

Назовите оперативные методы лечения

ЗАДАЧА № 70

Больная 7 лет поступила в клинику детской хирургии с жалобами на постоянные боли по всему животу, многократную изнуряющую рвоту слизью, не приносящую облегчения, высокую температуру тела (до 38° С) в течение последних трех дней, сильную слабость, отсутствие аппетита.

Из анамнеза выяснено, что заболела неделю назад, когда среди полного здоровья без видимых причин внезапно появились и постепенно стали нарастать боли в правой половине живота. Боли носили неинтенсивный характер и сопровождалась рвотой сначала содержимым желудка с желчью, а потом просто слизью. Был жидкий стул до 2 раз, светло-коричневого цвета. После стула характер болей не изменялся. Температура тела достигала 38,5° С. Родители пытались заниматься самолечением, используя противовоспалительные и обезболивающие препараты. Без эффекта. В связи с отрицательной динамикой ребенок был осмотрен участковым педиатром. Последний поставил диагноз «острый гастрит». Назначено амбулаторное лечение: диета, анальгетики и спазмолитики перорально. Однако состояние девочки прогрессивно ухудшалось.

При повторном осмотре участковым педиатром ребенок направлен в детский хирургический стационар.

Объективно: состояние тяжелое. Больная адинамична. Черты лица заострены. Температура тела - 38,0° С. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Частота сердечных сокращений – 142 в минуту. Пульс аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, покрыт серым налетом. Живот умеренно вздут; в акте дыхания не участвует; при пальпации резко болезненный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области. Там же резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Поколачивание по поясничной области безболезненно с двух сторон.

Мочеиспускание свободное.

При исследовании прямой кишки отмечается нависание ее передней стенки.

Вопросы:

Сформулируйте Ваш предварительный диагноз?

Расцените тактику участкового врача педиатора при первом осмотре?

С какими патологическими процессами Вы будете проводить дифференциальную диагностику?

Определите план обследования больной?

В чем будет заключаться лечение данной патологии?

Ситуационные задачи по внутренним болезням

ЗАДАЧА 1

Больной Т. 42 лет, госпитализирован в стационар по направлению участкового терапевта с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожи, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, отёки стоп и голеней.

В анамнезе: последние 3-мес отметил нарастание общей слабости, тяжесть в правом подреберье, 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 верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 78 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка видны расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Селезёнка 15×12 см. Мочеиспускание в норме, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: E_r – $4,1 \times 10^{12}/л$; H_b – 122 г/л; ЦП – 0,9; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эоз. – 1%, п/я – 4%, с/я – 63%, лимф. – 29%, мон. – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

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

ФГДС: варикозное расширение вен пищевода I ст. УЗИ ОБП: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие, неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. V. portae – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоledох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите и обоснуйте тактику и терапию пациента при поступлении.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА 2

Мужчина 32 лет. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, потеря веса на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем и в/в наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочепускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: $Eg - 2,7 \times 10^{12}$, $Hb - 108$ г/л, ЦП – 0,6, тромбоциты – 270×10^9 , $L - 7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, п/я нейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 3

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10.9.8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные: общий анализ крови: лейкоциты - 9,6.10⁹/л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75.35 мм, в просвете конкремент 8 мм. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, головка увеличена до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 4

Больной В. 43 лет, обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастрии через 20-30 мин. после приема пищи; тошноту и рвоту желудочным содержимым на высоте болей и приносящие облегчение; на снижение аппетита.

Анамнез заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом алмагеля и но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 уд/мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 уд./мин. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Лабораторные данные: Общий анализ крови: Нб 130 г/л, Ег – 4,2×10¹², лейкоциты – 6,5×10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. плотность 1018, эпителий 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной

формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица 12-п. кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розовая. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

ЗАДАЧА 5

Больной К. 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на давящие боли в эпигастрии, иногда опоясывающие, возникающие через 40 мин. после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом.

Болен около двух лет, когда впервые появились указанные симптомы. За медицинской помощью не обращался. Три дня назад после погрешности в диете боли возобновились, усилились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в/мин.. Язык влажный, обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: $E_r - 4,3 \times 10^{12}/л$, $H_b - 136$ г/л, ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч, тромбоциты - $320 \times 10^9/л$, $L - 10,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 32%, моноциты - 10%. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, $L - 1-2$ в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты - небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ - 30 Ед/л; АЛТ - 38 Ед/л; холестерин - 3,5 ммоль/л; общий билирубин - 19,0 мкмоль/л; прямой - 3,9 мкмоль/л; амилаза - 250 ед/л; креатинин - 85 ммоль/л; общий белок - 75 г/л.

Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань - нет, слизь - нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица 12-п. кишки без особенностей. УЗИ ОБП: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток - 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка - 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток - 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

ЗАДАЧА 6

Женщина 53 лет обратилась к участковому терапевту 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 указанные 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 фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 7

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

ЗАДАЧА 8

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику с жалобами на периодические боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приемом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 9

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота.

Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное,

хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм\час.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?

ЗАДАЧА 10

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЗАДАЧА 11

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры

печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 12

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было.

Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 13

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°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°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 – 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$, Hb - 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.

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

ЗАДАЧА 14

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 реберной дуги. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной 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 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

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?

ЗАДАЧА 15

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру. Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач поликлиники, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит. При осмотре: состояние больного тяжелое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отеки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко- красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки. Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

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

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

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 16

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 (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 17

Больная З. 22 лет жалуется на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, приступы сильной боли в правом подреберье. Анамнез заболевания: с 11 лет больная отмечает периодически возникающую желтушность кожных покровов, сменяющуюся бледностью. Эти приступы сопровождались выраженной слабостью. В последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера, сопровождающаяся желтухой. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные на общем бледном фоне, склеры иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, выслушивается дующий шум на верхушке сердца. ЧСС – 84 удара в минуту. Печень при

пальпации обычной консистенции, болезненная, край закруглен, выступает на 2,5 см из-под края рёберной дуги. Размеры по Курлову - 12×10×9 см. Селезёнка выступает на 3 см ниже левой рёберной дуги. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Результаты дополнительных исследований.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 91 г/л, цветовой показатель - 0,85, ретикулоциты - 14,8%, средний диаметр эритроцитов - 4 мкм, лейкоциты - $11 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 30%, моноциты - 10%, СОЭ - 20 мм/ч.

Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ) - 0,78-0,56% (в норме мин. ОРЭ - 0,44-0,48%, макс. ОРЭ - 0,28-0,36%). Биохимический анализ крови: билирубин - 111,2 мкмоль/л, прямой - 17,1 мкмоль/л, непрямой - 94,1 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 18

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 - $180 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $4,2 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ - 18 м/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.

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?

ЗАДАЧА 19

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.

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:
 - Общий 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?

ЗАДАЧА 20

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к участковому врачу в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряет при пользовании бытовой техникой) Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ $21,6 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отеков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9$ / л.: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – 76×10^9 / л. СОЭ = 31 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.
3. Пациентка на приёме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к участковому врачу выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - $3,95 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC)

- $5,6 \times 10^9$ / л. Тромбоциты (PLT) – 199×10^9 / л. СОЭ = 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.

4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.

5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте свое мнение.

ЗАДАЧА 21

Больной 18 лет, студент. Поступил на 12 день болезни в тяжёлом состоянии. Заболел остро. Повысилась температура до 39°C , появились боли в горле при глотании. Тогда же заметил увеличение шейных лимфоузлов. Лечился амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°C . Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6 , 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно лёгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезёнка и печень не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $5,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты - $0,8 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час.

Стернальный пунктат: общее количество миелокариоцитов - $6,8 \times 10^9$ /л. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

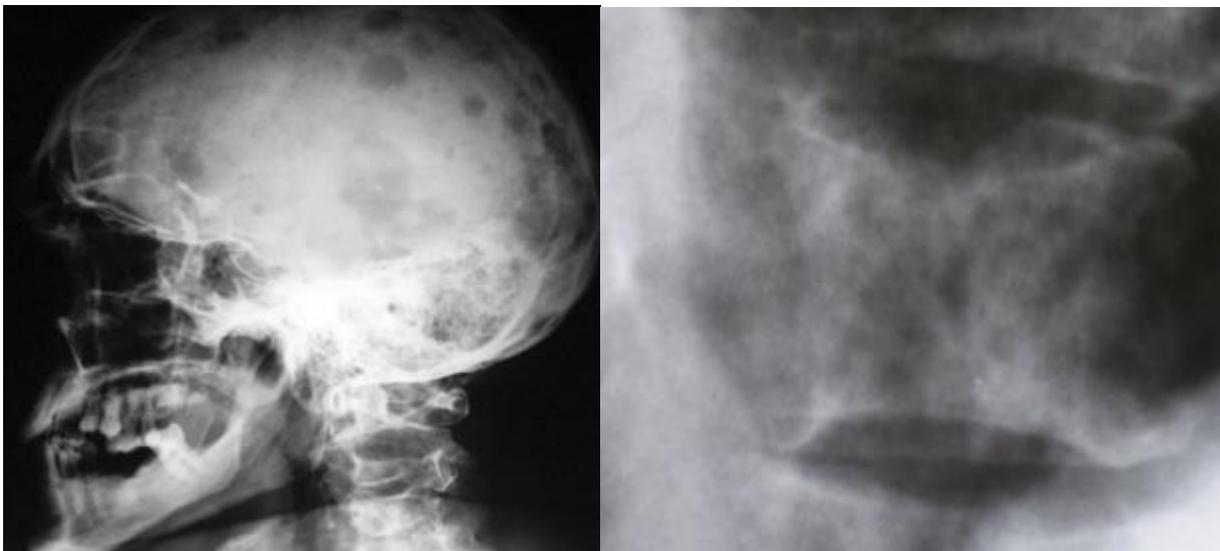
Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

ЗАДАЧА 22

Больная К. 60 лет госпитализирована в ЦРБ по месту жительства в связи с выраженной слабостью, одышкой, сердцебиением при малейшей физической нагрузке. Слабость ощущала несколько лет, последние 2 года стала отмечать боли в позвоночнике. В молодости была донором крови 8 раз, имеет 3-х детей, было 4 аборта. Участковым терапевтом в связи с выявленной анемией (эритроциты - $3,12 \times 10^{12}$ /л) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено.

Общий анализ крови: эритроциты - $1,42 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - 98×10^9 /л; лейкоциты - $2,6 \times 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, лимфоциты – 60%, моноциты – 7%), анизоцитоз +++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час.



Вопросы:

1. Можно ли предварительно поставить один из следующих диагнозов: «апластическая анемия»? «острый лейкоз»? «множественная миелома»?
2. Как правильно поставить предварительный диагноз?
3. Нуждается ли больная в консультации гематолога, в стеральной пункции?
4. В биохимических анализах выявлено: общий белок крови - 140 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%, выявлен М-градиент в зоне гамма-глобулинов. Сократится ли Ваш диагностический поиск?
5. В каком отделении должна лечиться данная больная?

ЗАДАЧА 23

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение

правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не

пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 24

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*10¹²/л, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0.85, лейкоциты 5.6*10⁹/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, Нв А1с 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.

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.

ЗАДАЧА 25

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.

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.

ЗАДАЧА 26

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

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

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

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. Какие осложнения можно ожидать?

ЗАДАЧА 27

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД -120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л.

	Глюкоза крови
Натощак	10,4 ммоль/л
Через 2 часа после еды	14,5 ммоль/л

Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Невролог: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

ЗАДАЧА 28

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли, мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

ЗАДАЧА 29

Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъектированность склер.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. В каких дополнительных обследованиях нуждается по поводу глазных симптомов?
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз в отношении заболевания.

ЗАДАЧА 30

У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,4-3,5 ммоль/л.

Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Обоснуйте причину гипогликемических состояний.
4. Обоснуйте необходимость определения гликированного гемоглобина (HbA1c).
5. Дайте рекомендации пациенту для избежания гипогликемических состояний.

ЗАДАЧА 31

Больная М. 44 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю томляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы

чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше

правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см снаружи от средне-ключичной

линии; правая – на 1,5 см снаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-

4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл).

Общий анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии.

Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 32

Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащённые сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 311×10^9 /л, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС.

УЗИ щитовидной железы: объём железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток.

Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Определите объём дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения.

ЗАДАЧА 33

Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита.

Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1018, белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.

Вопросы:

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

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА 34

Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта участкового районной поликлиники. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость.

Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к неврологу в связи с болями в пояснице. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = 36,7кг/м². Больной выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются.

Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, К⁺ - 3,1 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника.

УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объёме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА 35

Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный приём в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов.

Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стриий, гирутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых образований не определяется. Лактореи нет.

Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар - отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: сахар - 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ - 19 Ед/л, Na - 142 ммоль/л, K - 3,9 ммоль/л.

УЗИ щитовидной железы: V пр. доли - 3,0 см³, V лев. доли - 2,1 см³, V общ. - 5,1 см³. Эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда.

Гормональный профиль и определение антител: ТТГ - 26,7 мкМЕ/мл. Т4своб - 6,1 пмоль/л, АТ к ТПО - 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину - 310 мкг/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА 36

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ-27,2 кг/м²), отсутствие менструаций.

Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД - 105/60 мм рт. ст.

По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л.

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Консультации каких специалистов

ЗАДАЧА 37

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

Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкокоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс - 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД - 130/60 мм рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительные; отёчный экзофтальм с двух сторон.

Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0).

Записана ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА 38

Больной 39 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено.

Нарушений обмена глюкозы не обнаружено.

Исследование мочи по Зимницкому:

Часы	Уд. вес	Объём	Часы	Уд. вес	Объём
6 -9	1005	880 мл	18 - 21	1002	730 мл
9 -12	1003	740 мл	21 - 24	1004	870 мл
12 -15	1004	870 мл	0 - 3	1003	760 мл
15 -18	1001	750 мл	3 - 6	1005	820 мл

Суточный диурез - 6,5 л при относительной плотности мочи 100 -1005 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.
5. Какой препарат необходимо назначить пациенту?

ЗАДАЧА 39

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, отеков 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 реберной 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: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

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

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

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.

ЗАДАЧА 40

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до $39^{\circ}C$, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах легких при глубоком вдохе, кашле.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отеки нижних конечностей. В анализах крови – анемия,

тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, измененные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

ЗАДАЧА 41

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэксфероз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

ЗАДАЧА 42

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение

при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.

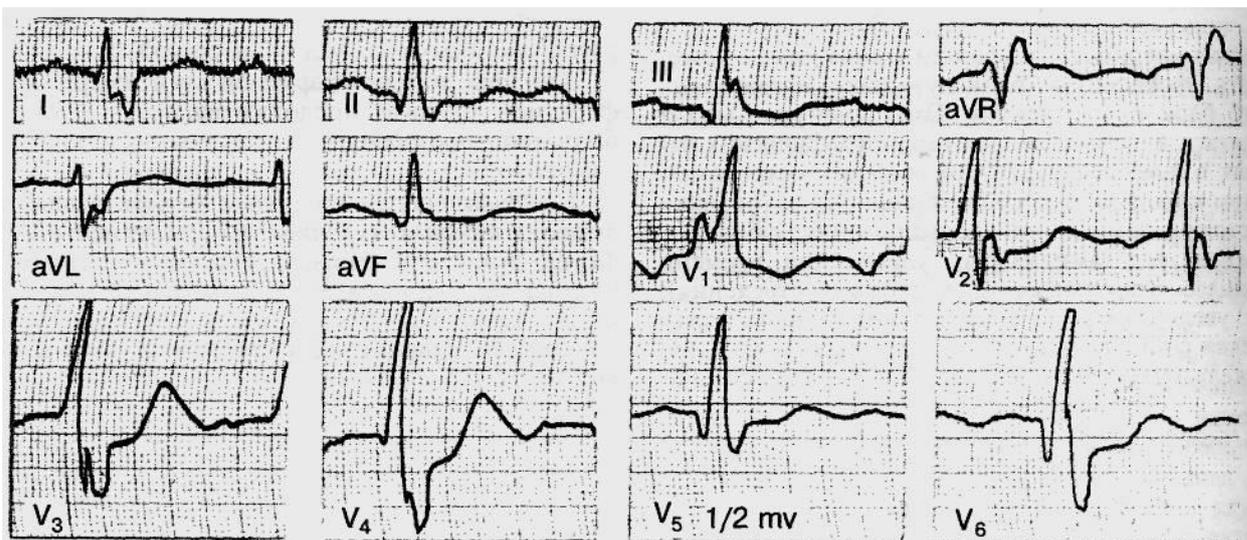
При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объем пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++).

Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» легкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

ЗАДАЧА 43

Пациент З. 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 объема 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 отеков 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 – легочный 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 – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 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.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 44

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - $13 \times 12 \times 10$ см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

ЗАДАЧА 45

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 $37,5^{\circ}C$, познание. 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 легких 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 селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отек 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; мочевая 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 1,73 м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

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, отечность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 46

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°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 легких 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 голених обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – $200 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $21,0 \cdot 10^9/л$, 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.

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?

ЗАДАЧА 47

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.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В легких 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.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:

- 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.

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.

ЗАДАЧА 48

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 отеки 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 отеков 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.

Объективно: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких 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 селезенка не увеличены.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:

- 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.
- Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,11 г/л, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения.
- Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л.
- СКФ (по формуле СКД-ЕП) – 55 мл/мин/1,73 м².
- Альбуминурия - 250 мг/сут.

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.

ЗАДАЧА 49

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

- Общий анализ крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - $254 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час.
- Общий анализ мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +.
- Суточная протеинурия - 500 мг.
- Биохимическое исследование крови: Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2

ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 57,4 мл/мин/1,73 м², мочеви́на – 9,4 ммоль/л, моче́вая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л, АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

- **УЗИ почек:** положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств, Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

ЗАДАЧА 50

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 приема 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 трех 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, отеков нет. В легких 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.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие отклонения от референтных значений:

- В общем анализе крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/ч.
- В биохимическом исследовании крови: креатинин 105 мкмоль/л (СКФ по формуле СКД-ЕРІ 48.0 мл/мин/1,73 м²).
- В общем анализе мочи: в моче присутствуют оксалаты.
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза: в просвете малого таза справа однородная тень, – конкремент верхней трети мочеточника.

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.

ЗАДАЧА 51

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отеки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0° С, не лечился. Одновременно заметил отеки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесенные заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост=183 см, масса тела=90 кг. Температура тела 36,2°С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. Частота дыхания - 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжен. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого неба бледно-розовая, чистая. Небные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отечна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезенка не увеличена. Поясничная область отечна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующее данные:

- Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч.
- Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.
- Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл. Белки мочи методом электрофореза: альбумины - 80%, глобулины - 20%.
- Биохимическое исследование крови: билирубин общий 12,8 ммоль/л, мочевины 7,3 ммоль/л., креатинин 0,096 ммоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, холестерин 14,2 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, общий белок 50 г/л., альбумин 25 г/л.
- **УЗИ почек, мочевого пузыря:** правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 52

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Болея в течение 2-х дней, по поводу болей в поясничной области вызвала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 37,4°C, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительных свойств, 84 удара в минуту. АД – 160/100 мм рт. ст. Во всех точках выслушивается два тона, громкие, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС – 84 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светло-серым налетом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отеков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

- Общий анализ крови: эритроциты – $4,45 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 134 г/л; лейкоциты – $5,79 \times 10^9/л$; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 38%, моноциты – 5%, СОЭ – 26 мм/ч.
- Общий анализ мочи: удельный вес - 1012; сахар – отриц., белок – 0,066 г/л, выщелоченные эритроциты – 100 в поле зрения; лейкоциты – 20 в поле зрения; соли мочевой кислоты.
- Биохимический анализ крови: мочевины – 7,9 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочевая кислота - 524 ммоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, общий белок – 72 г/л.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, ведущий синдром, объясните механизм их возникновения.
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 53

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащенное болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми легочными полями ясный легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

- Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.
- Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.
- Моча по Нечипоренко: эритроциты - $1,2 \times 10^6/л$, лейкоциты – $8,0 \times 10^6/л$.
- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально. Признаки гипертрофии левого желудочка.
- Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте программу лечения.

ЗАДАЧА 54

Мужчина 37 лет, шахтер, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз.

Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отеки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

- Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%,

палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч.

- Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.
- В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л.
- Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.
- Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К⁺ - 6,2 ммоль/л, Na⁺ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.
- **УЗИ почек:** правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз заболевания.

ЗАДАЧА 55

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов.

Считает себя больной около 15 лет, когда появились отеки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот

мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующее.

- Общий анализ крови: эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч.
- Общий анализ мочи: цвет - желтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения.
- Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л.
- ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.
- **УЗИ почек:** правая почка - 90×46 мм, подвижна, контуры ровные, нечеткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 88×44 мм, контуры ровные, нечеткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объемные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

ЗАДАЧА 56

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу приемного отделения с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное.

Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0°C, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5°C. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

Объективно: При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°C. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отеки, кожа над ними теплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек.

Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

- Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - $270 \times 10^9/л$, лейкоциты - $10,7 \times 10^9/л$, эритроциты - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч.
- Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12-20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет.
- Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл.
- Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6% γ - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.
- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
- Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

ЗАДАЧА 57

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2-х раз в неделю, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Объективно: Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.

Биохимический анализ крови: IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: прирост ОФВ₁ после ингаляции Сальбутамола – 19%.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Через неделю пациент вновь пришел на приём к врачу. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лёгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

ЗАДАЧА 58

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

Анамнез жизни: Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

ЗАДАЧА 59

Мужчина Ф. 34 лет, грузчик. При госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6°C, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено

голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Аускультативно: дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не выслушивается; слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: лейкоциты - $9,9 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.

ОАМ: без патологии.

Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки.

Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отрицательно.

Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

ЗАДАЧА 60

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые.

Анамнез жизни: С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

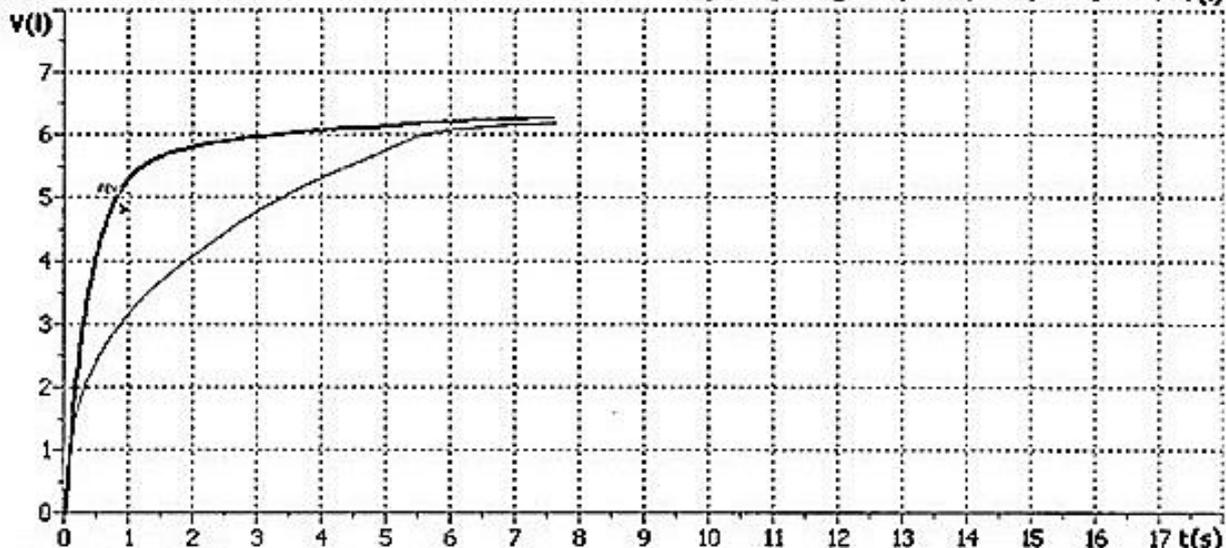
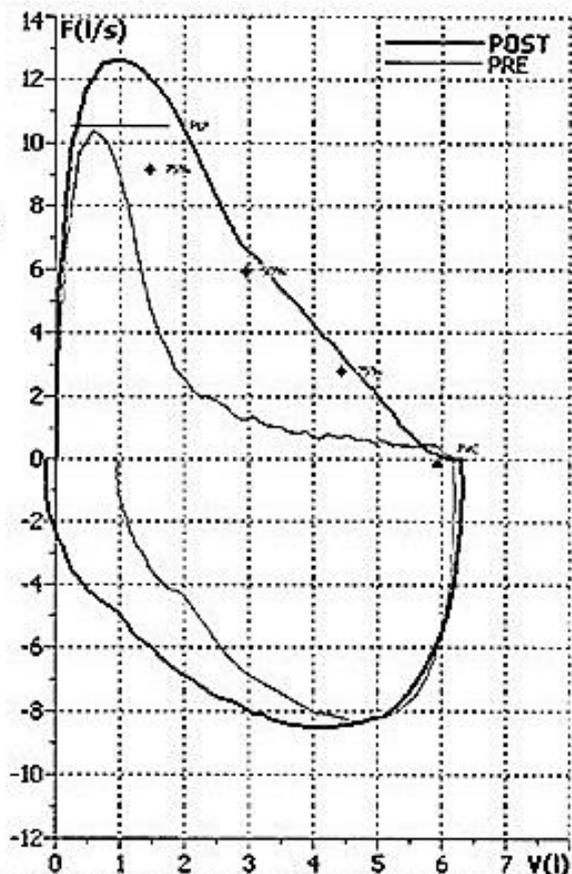
Объективно: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Last Name:
 First Name:
 Company:
 ID: 00001 Date (mm-dd-yyyy):
 Operator: Gender: Male
 Height(cm): 195 Weight(Kg): 97
 Age: 37 BMI(Kg/m²): 25.5
 Race: Caucasian

FORCED VITAL CAPACITY						
Parameter	UM	PRE	Pred	%Pred	POST	%PRE
BestFVC	l	6.22	5.93	105	6.36	102
BestFEV1	l	3.16	4.82	66	5.32	169
BestPEF	l/s	10.43	10.53	99	12.67	121
FVC	l	6.22	5.93	105	6.36	102
FEV1	l	3.16	4.82	66	5.32	169
FEV6	l	6.07	6.41	95	6.23	103
PEF	l/s	10.43	10.53	99	12.67	121
MEF75%	l/s	4.32	9.10	47	11.58	268
MEF50%	l/s	1.32	5.89	22	6.15	464
MEF25%	l/s	0.67	2.79	24	2.48	372
FEF25-75%	l/s	1.18	4.89	24	5.41	459
FET100%	s	7.63			7.56	99
FEV1/FVC%	%	50	80	63	83	166
FEV1/VC%	%	56	80	70		
FEV1/FEV6%	%	52	82	63	85	163

SLOW VITAL CAPACITY				
Parameter	UM	Actual	Pred	%Pred
VC	l	5.61	6.21	90
ERV	l	1.84	1.67	111
VE	l/m	14.8		
RI	l/m	32.7		
Vt	l	0.45		
Vt/Ti	l/s	0.57		
Ti/Ttot		0.42		

MAX VOLUNTARY VENTILATION				
Parameter	UM	Actual	Pred	%Pred
MVV	l/m	118.6	163.9	72
MRI	l/m	36.7		
MVt	l	3.23		
MVVt	s	11.43		



Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

ЗАДАЧА 61

Женщина 47 лет доставлена в приёмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого»

цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

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

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

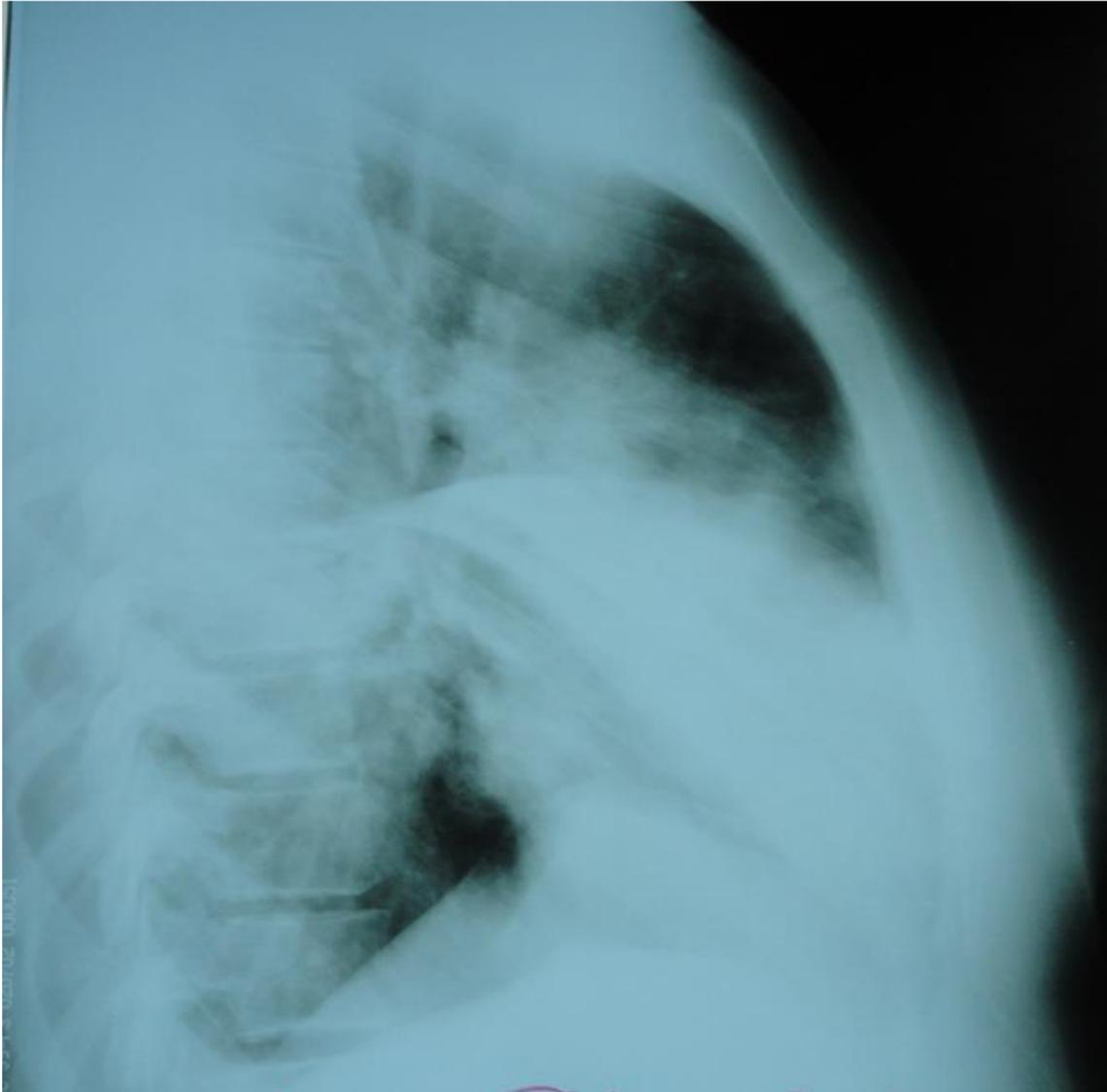
При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

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

При пульсоксиметрии: сатурация периферической крови кислородом 90%.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.





Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 62

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отёки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота.

Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулёзом ранее не болел, контакт с больными туберкулёзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей.

Объективно: Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бедер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лёгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под реберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты - $33 \times 10^9/л$, моноциты - 9%, СОЭ - 22 мм/ч.

Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход ребер, признаки эмфиземы лёгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях.

ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

ЗАДАЧА 63

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

Объективно: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: без патологии.

При спирометрии – ОФВ₁ 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА 64

Мужчина 51 года, инженер. Обратился с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноющей мокроты, повышение температуры до 38,5°C. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38°C.

Анамнез жизни: В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в мин. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс 95 в мин., ритмичный. АД=120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 71%, лимфоциты 22%, моноциты 3%. СОЭ 28 мм/час.

ОАМ: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гноющая, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии.

Участковый терапевт поставил диагноз «Пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли участковый терапевт поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли участковый терапевт выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли терапевт выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА 65

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъём на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет «Беродуал». В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенический тип телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

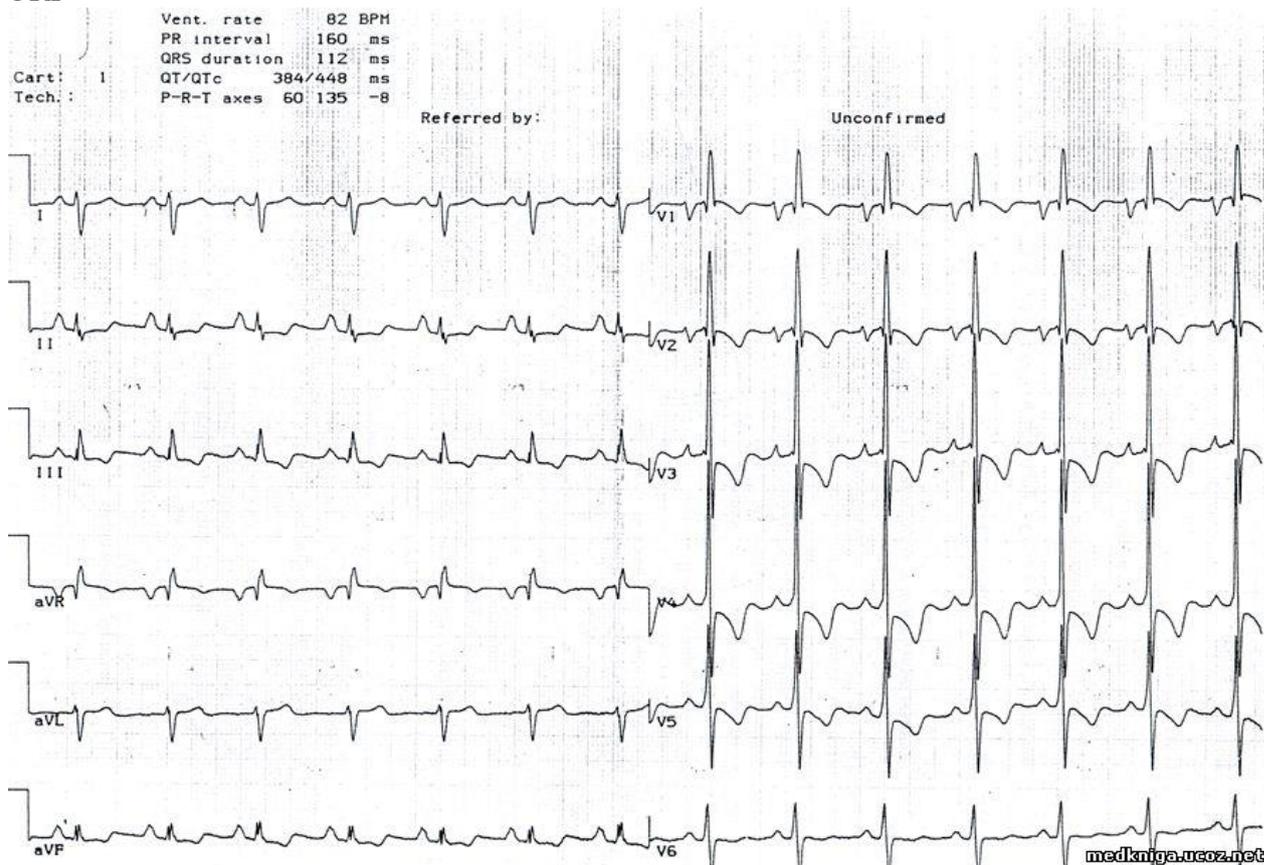
ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$ (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч.

Спирометрия: $ОФВ_1=30,0\%$ от должного, $ОФВ_1/ФЖЕЛ=0,6$.

Пульсоксиметрия: сатурация кислородом SaO_2 87%.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

ЭКГ



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности

ЗАДАЧА 66

Больной Н. 49 лет поступил с приёма врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

ОАК: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – $12,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38 мм/час.

На рентгенограмме в области нижней доли левого лёгкого выявлена инфильтрация.

Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появилась обильная гнойная мокрота, увеличились признаки интоксикации.

На компьютерной томографии лёгких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

Вопросы:

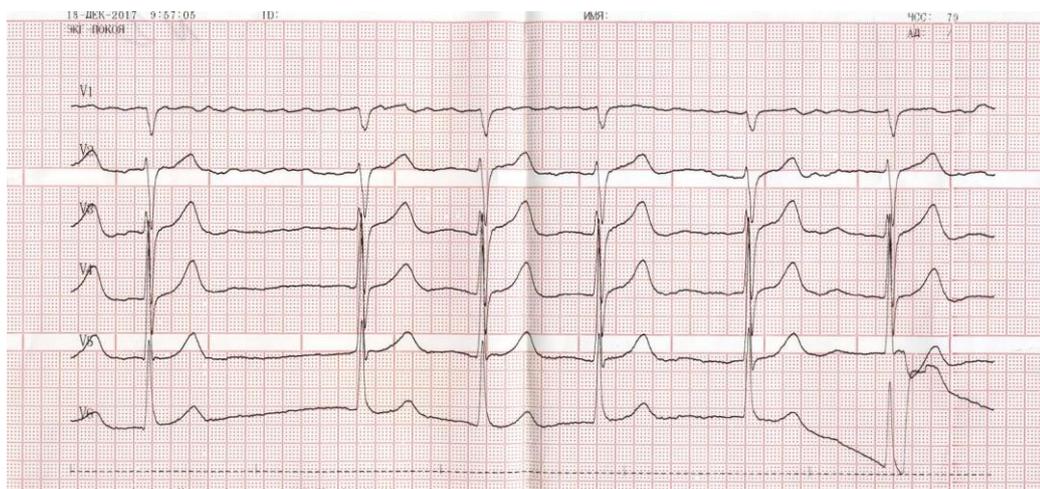
1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЗАДАЧА 67

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

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

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



Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?

2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

ЗАДАЧА 68

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF.

Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЗАДАЧА 69

Больной П. 35 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания. Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые

появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался. Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в мин. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=60 уд в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД=120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 64 в мин. Отклонение ЭОС влево. $RV6 > RV5 > RV4$. Индекс Соколова-Лайона 40 мм.

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.
2. Пациенту проведено обследование: ЭхоКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м^2 . Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор.
3. По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно-инструментального обследования не выявлено поражения других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.
4. Обоснуйте диагноз.

ЗАДАЧА 70

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 – $33,91 \text{ кг/м}^2$. 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, триглицериды – 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. Отклонение ЭОС влево. $RV6 > RV5 > RV4$.

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?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача 1

Больной 48 лет при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утром не выше 37°C, вечером до 38,5°C), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты в течение длительного времени.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулезом не болел. Проживает в очаге туберкулезной инфекции. Последняя флюорография была 3 года назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение легочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ (3 анализа) – КУБ (+).

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача 2

Больной 42 лет в течение последних 1,5 лет отмечает непостоянную температуру (до 37,2°C) по вечерам, кашель с мокротой до 10-15 мл в сутки, слабость. К врачам не обращался, пытался лечиться домашними средствами без эффекта. Постепенно состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, увеличилось количество мокроты, появился кашель с прожилками крови.

Обратился в поликлинику, где при обследовании на рентгенограмме органов грудной клетки впервые выявлены изменения в легких. Направлен в противотуберкулезный диспансер.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ (3 анализа) – КУБ (+).

Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная. Даскintест - папула 4 мм.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 3

Больной Н. 48 лет в течение 3 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 3 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры тела. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывает с заболеванием сахарным диабетом. При очередном рентгенологическом обследовании выявлены патологические изменения в легких.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Общий анализ крови: лейкоциты - $11,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 19%, моноциты - 11%, СОЭ – 18 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм.

Анализ мокроты методом микроскопии: КУБ (+)

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, о которых можно думать в данном случае.
2. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и поставьте диагноз.
3. Дайте обоснование диагноза.
4. К какой группе риска по заболеванию туберкулезом относится пациент.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему ведению больного и обоснуйте их.

Ситуационная задача 4

Больной 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия.

Из анамнеза: Ранее ничем не болел. Флюорография ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали. Отмечает контакт с больным туберкулезом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, справа над лопаткой на ограниченном пространстве выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. А/Д - 120/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, п/я нейтрофилы - 8%, с/я нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты – большое количество, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные.

КУБ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены.

Проба Манту – р 15 мм.

Диаскинтест - инфильтрат 12 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Больной был направлен к фтизиатру на консультацию.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.
5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 5

Больной 28 лет жалуется на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудноотделяемой мокротой слизистого характера, слабость, потливость.

Из анамнеза: Заболел остро с подъема температуры тела до $38^{\circ}C$. В течение двух месяцев отмечает нарастание слабости, снижение аппетита, покашливание.

При осмотре кожные покровы обычной окраски и влажности. Аускультативно: везикулярное дыхание, в верхних отделах правого легкого выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Перкуторно: притупление легочного звука в области верхней доли правого легкого.

Томограмма правого легкого: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ – папула 21 мм.

Методом люминесцентной микроскопии КУМ в мокроте не найдены.

Больному была произведена диагностическая **фибробронхоскопия**: слева – бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве. Слизистая умеренно гиперемирована.

В промывных водах бронхов методом посева обнаружены МБТ.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Обоснуйте факт бактериовыделения в данном случае.
5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

Ситуационная задача 6

Больной 31 года заболел остро: внезапно повысилась температура до 39°C, появился озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты гнойного характера, потливость вечернее время, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании.

Из анамнеза: В течение нескольких месяцев отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы 8 месяцев назад. По скорой помощи поступил в терапевтическое отделение, где на *флюорограмме органов грудной клетки* отмечается тотальное затемнение левого легкого с полостями распада и очагами отсева в правое легкое. *Анализ мокроты по Циль-Нильсену* КУМ ++. Переведен в противотуберкулезный стационар.

При осмотре: состоянии средней степени тяжести. Температура до 38,5°C. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Пальпируются увеличенные подмышечные лимфоузлы, безболезненные. Перкуторно: слева сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение легочного звука. Аускультативно: ослабленное дыхание слева и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ясные ритмичные. Тахикардия. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная. Снижение диуреза.

В общем анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель - 0,75; лейкоциты - $11,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 52%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, СОЭ – 54 мм/час.

Люминесцентная микроскопия мокроты: КУМ +++.

Анализ мокроты методом ПЦР – ДНК МБТ.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 7

Больной 33 лет при поступлении в стационар жаловался на повышение температуры тела до 39,5°C, резкую слабость, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг, кровохарканье, одышку при небольшой физической нагрузке.

Из анамнеза: Ранее туберкулезом не болел. Контакты с туберкулезными больными имел в местах лишения свободы. После освобождения в течение года отмечал нарастание слабости, потерю веса.

При осмотре состояние тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Перкуторно: притупление легочного звука по всем легочным полям. Аускультативно: по всем легочным полям выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.

В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие рентгенологические изменения характерны для данного заболевания?
5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

Ситуационная задача 8

Больная 21 года в течение недели отмечает слабость, сонливость, повышенную раздражительность, потерю аппетита, субфебрилитет. Также отмечается непостоянная головная боль без четкой локализации, не снимаемая анальгетиками, рвота, не связанная с приемом пищи, без предшествующей тошноты.

Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. После проведенного обследования врачом-терапевтом участковым выставлен диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия) с повторной явкой на прием через три дня. На фоне проводимого лечения состояние больной резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли, температура повысилась до 39°C, стали отмечаться спонтанно возникающие и быстро исчезающие красные пятна на лице и груди. Учитывая вышеперечисленные клинические симптомы и течение заболевания, врачом-терапевтом участковым назначена консультация невролога. **При исследовании неврологического статуса** выявлены положительные менингеальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие. Для дальнейшего обследования доставлена в инфекционное отделение.

При проведении спинномозговой пункции обнаружено: повышенное давление (жидкость вытекает струей), цитоз – 200 клеток (нейтрофилы – 10%, лимфоциты – 90%), хлориды – 70 ммоль/л, сахар – 0,6 ммоль/л, белок – 1,2 г/л.

Методом ПЦР в ликворе выявлена ДНК МБТ.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 17%, моноциты – 12%, СОЭ – 22 мм/час.

Микроскопия и посев мокроты – МБТ не выявлены

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какая пара черепно-мозговых нервов поражена у больной? Какие еще черепно-мозговые нервы могут поражаться при данном заболевании?
3. Назовите изменения в ликворе, подтверждающие этиологию заболевания.
4. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения данной больной и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 9

Больной 33 лет переведен в стационар противотуберкулезного диспансера из инфекционной больницы в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: В течение 10 лет наблюдается в центре СПИД, в настоящее время – с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В вторичных заболеваний, АРВТ фаза прогрессирования». Заболел остро неделю назад – поднялась температура до $38,5^{\circ}C$, появились выраженная слабость, потливость, одышка в покое, приступообразный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

При осмотре – кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Аскультативно – над всей поверхностью легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

В общем анализе крови: лейкоциты - $15,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 10, сегментоядерные нейтрофилы - 76, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ - 46 мм/час.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии 3-х-кратно МБТ не обнаружены.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Объясните, почему у больного отрицательная проба Манту.
3. С какими неспецифическими болезнями легких следует дифференцировать данное заболевание?
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания с пневмоцистной пневмонией.
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 10

Женщина 47 лет предъявляет жалобы на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку и

сердцебиение при незначительной физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки в надлопаточной и подлопаточной областях при глубоком дыхании и кашле, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты.

Из анамнеза: В возрасте 6 лет перенесла первичный туберкулезный комплекс справа, получила полный курс химиотерапии. В возрасте 37 лет возник рецидив туберкулезного процесса в виде инфильтративного туберкулеза левого легкого в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Лечилась нерегулярно, отказывалась от приема противотуберкулезных препаратов. Туберкулезный процесс прогрессировал на фоне алкоголизации пациентки, сформировалась лекарственная устойчивость МБТ.

Объективно: состояние тяжелое. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, акроцианоз. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД=26 в 1 мин. Грудная клетка деформирована. При пальпации эластичная. Западение грудной клетки слева, межреберья слева сужены, плечо опущено, атрофия мышц плечевого пояса слева. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона слева, справа с коробочным оттенком. Дыхание справа жесткое, хрипов нет. Слева дыхание бронхиальное, выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС=96 в 1 мин. АД=90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп. Рост 168 см, вес 35 кг.

ОАК: Гемоглобин 150 г/л, эритроциты $5,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $13,6 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 28 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, жидкая, лейкоциты 20-22 в поле зрения, эритроциты не обнаружены. **Бактериоскопия мокроты.** КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+). **Антибиотикограмма.** Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу, пиперазину, канамицину, капреомицину, офлоксацину.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 96 в мин. Поворот ЭОС вправо. R. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л: Папула 4 мм через 72 часа. **Диаскин-тест:** Папула 6 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 11

Больная 45 лет: изменения в легких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки.

Из анамнеза: В детстве состояла на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу контакта с больной туберкулезом матерью. Стаж курения 25 лет. Жалоб не предъявляет.

При осмотре: Состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При аускультации отмечается жесткое дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам без изменений.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 12

Мужчина 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38°C, слабость.

Из анамнеза: Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Последняя флюорография органов грудной клетки - год назад, на дообследование не вызывали.

При осмотре: правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, а при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации здесь же дыхание не прослушивается. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 86 в минуту.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - $11,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Больной направлен в торакальное отделение противотуберкулезного диспансера, где ему произведена **торакоскопия** с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 200,0 мл плевральной жидкости соломенно-желтого цвета. Визуально парietальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими, белесоватыми бугорками.

Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окруженные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Пирогова - Лангханса.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 13

Больная 20 лет, студентка, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C.

Анамнез: в течение месяца отмечала повышенную утомляемость, слабость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура. Полгода назад имела контакт с родственником, больным туберкулезом с МБТ (+).

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД – 30 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ %, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 23 мм.

Диаскинтест - папула 15 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лабораторные данные исследования плевральной жидкости будут в пользу туберкулезной этиологии плеврита у этого больного.
5. Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале.

Ситуационная задача 14

Женщина 35 лет выявлена при профилактическом флюорографическом обследовании. Жалоб не предъявляет, симптомы интоксикации отсутствуют.

Из анамнеза: хронические заболевания – тиреоксикоз, у эндокринолога наблюдается нерегулярно. Условия жизни благополучные, профессиональных вредностей нет, работает продавцом-консультантом. В прошлом 1,5 года назад имел место туберкулезный контакт с коллегой по работе, профилактические мероприятия не проводились. Профилактическая флюорография не делалась 3 года.

При осмотре: Перкуторно и аускультативно над легочными полями изменений нет.

Микроскопия мокроты на КУБ – отр.

Иммунодиагностика: проба Манту 2 ТЕ – р. 21 мм, ДСТ – р. 15 мм

Томограмма правого легкого: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие основные методы лечения рекомендуются?

Ситуационная задача 15

Больной 36 лет доставлен в областной противотуберкулезный диспансер бригадой скорой медицинской помощи из районного противотуберкулезного диспансера, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: беспокоит упорный, надсадный кашель, выделение мокроты с прожилками крови, общая слабость, потеря 15 кг массы тела в течение последних месяцев, появление выраженной одышки при физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,4-37,6°C.

Анамнез заболевания: 3 года назад обратился с жалобами по поводу слабости и кашля с мокротой в здравпункт. При рентгенографии органов грудной клетки были выявлены изменения в верхней доле левого легкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где был установлен диагноз «Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада. МБТ (+)». В течение 3 месяцев лечился по I режиму этиотропной терапии: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. В результате лечения достигнута положительная динамика в виде стойкого абациллирования, рассасывания инфильтративных изменений, закрытия полости распада. В фазе продолжения переведен на дневной стационар. По данным диспансера лечение не соблюдал, препараты принимал беспорядочно, на обследования не являлся, работал по профессии. **Анамнез жизни:** Родился в сельской местности в Грузии. Рос и развивался нормально. Женат. Имеет 5 детей. Материальные и жилищные условия жизни удовлетворительные. Работает водителем-дальнобойщиком. Наличие хронических заболеваний отрицает. В детстве болел ветряной оспой, краснухой.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания (рост - 181 кг, вес - 60 кг). Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышцы, суставы, костная система не изменены. Отеков нет. Температура тела - 37,2°C. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. В проекции верхней доли левого легкого определяется тимпанит. При аускультации на фоне бронхиального дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД- 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Обследование органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы патологии не выявило.

ОАК: гемоглобин - 108 г/л; эритроциты - $4,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты - 11×10^9 /л, лимфоциты - 7% эозинофилы - 2% СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, эритроциты, методом ЛЮМ-микроскопии выявлены КУМ.

ОАМ: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1015, белка отр., глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 102 в минуту, вертикальное положение ЭОС, R-pulmonale во II, III, aVF.

Рентгенография органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте осложнения основного заболевания.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Назначьте схему лечения с учетом осложнений заболевания.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

ЗАДАЧА №1

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины гипертрофированы, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

ОАК: лейкоциты $13,5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 121 г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5 °С. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отёчен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.
4. Какие методы диагностики необходимо провести?
5. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10:
 - J03.0 Стрептококковый тонзиллит.
 - J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.
 - J03.9 Острый тонзиллит неуточненный. J36 Перитонзиллярный абсцесс.

ЗАДАЧА №2

Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе.

Анамнез: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался легкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту.

Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 15 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 10 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над неповрежденной кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отека, гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии. Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА №3

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазами. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.

4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.
5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

ЗАДАЧА №4

Больной М. 16 лет направлен с приема в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учебы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезенка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 80%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА №5

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал.

При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2

°С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей звездчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также геморрагические элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные.

При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налетов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

ЗАДАЧА №6

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

ЗАДАЧА №7

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отечны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчетливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ОАК: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 116 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%.

ОАМ: без патологии.

Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЗАДАЧА №8

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появилась слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась темная моча, на 6 день – желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар.

При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезенка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело еще несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЗАДАЧА №9

Больная Б. 64 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу жалоб на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки.

При осмотре: В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отек ткани. При пальпации пораженного участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЗАДАЧА №10

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером.

Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы. В легких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии?
5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

ЗАДАЧА №11

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница.

При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь, элементы исчезают после растягивания кожи, после прекращения растягивания появляются вновь. В легких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях – отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Пациент был госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

ЗАДАЧА №12

Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели еще несколько человек по месту учебы. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинко-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

ЗАДАЧА №13

Больной Е. 42 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 10 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером. \

Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?
5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания.

ЗАДАЧА №14

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, темную мочу, слабость, отвращение к пище, легкую тошноту.

Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – темная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток, подкожных и внутривенных инъекций (какие именно – не помнит).

При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 62 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезенки. Моча темно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

ЗАДАЧА №15

Больной Д. 18 лет обратился в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение. Накануне утром почувствовал недомогание, появились неприятные ощущения в горле. Измерил температуру тела – 37,6 °С. На следующий день продолжали беспокоить слабость, разбитость, боль в горле, заложенность носа, появилась головная боль, температура выше 37,8 °С не повышалась.

Из анамнеза известно, что больной 6 дней назад навещал друга, который на следующий день был госпитализирован в тяжелом состоянии в инфекционный стационар с подозрением на менингит.

При осмотре температура тела 37,5 °С, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого неба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отечны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учётом синдромального подхода и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

ЗАДАЧА №16

Больной 24 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро, 2 дня назад. Температура тела достигает 39–40 °С.

Объективно: регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки.

Общий анализ крови: лейкоциты – $14,6 \times 10^9/\text{л}$., СОЭ – 66 мм/час; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 65,2%, лимфоциты – 12,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие методы диагностики необходимо провести?
4. Возможные осложнения со стороны внутренних органов (местные и общие) при повторении подобных состояний.
5. Указать рекомендованный срок постельного режима и временной нетрудоспособности при данном заболевании.

ЗАДАЧА №17

Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входила рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления. Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышаться температура до 37,1°C, появились отчетливые боли в правом подреберье и эпигастрии, аппетит снизился, появилось легкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°C. В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры желтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчесы отсутствуют. Легкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счет увеличенной печени, правая доля определяется ниже реберной дуги на 4 см, левая доля занимает эпигастрий, край печени закруглен, поверхность

гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительны симптомы: Керра, Мерфи и Френикус.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 ЕД/л (норма - 4-42 ЕД/л); АСТ - 42 ЕД/л (5-37 ЕД/л), холестерин - 6,6 ммоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 ЕД/л (норма 7 - 64 ЕД/л), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час).

Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед., жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены.

УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 мм (норма до 150), левая – 85 мм (норма до 70), структура однородная, эхогенность снижена, имеется расширение крупных внутриспеченочных желчных протоков.

Рентгенография легких: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос.

Серологическое исследование на маркеры вирусных гепатитов (методом ИФА) – отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе монотерапии или комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА №18

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал Эссенциале Форте по 2 капсулы 3 раза в день, ферментные препараты: Креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал Баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. Половой партнер непостоянный.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост - 177 см, вес - 79 кг, ИМТ - $25,2 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД - 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3) x 8 x 7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/\text{л}$; моноциты – $0,44 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/\text{л}$; базофилы – $0,06 \times 10^9/\text{л}$; Нв – 145 г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ЕД/л; АСТ – 155 ЕД/л; ЩФ – 143 ЕД/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; амилаза – 43 ЕД/л; ПТИ – 55%.

Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови – 7,0 г/л; молекулярно-генетическое исследование (ПЦР): ДНК ВГВ – результат положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл.

Кал на скрытую кровь – отриц.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатоспленомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. V.portae 14 мм.

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений

ЭКГ – без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл.- Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-).-Биохимия крови: АЛТ – 78 Ед/л, АСТ – 52 Ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА №19

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал Эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: Креон по 10000 Ед. два раза в сутки, Но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. Половой партнер непостоянный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД =

120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 x 8 x 7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,4 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,5 \times 10^9/л$; моноциты – $0,46 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,28 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 144 г/л; тромбоциты – $242 \times 10^9/л$; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 Ед/л; АСТ – 157 Ед/л; ЩФ – 142 Ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-НСV – положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование НСV: генотип 1 – положительный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови – 7,2 г/л. Молекулярно-генетическое исследование (ПЦР): РНК ВГС – положительно; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатоспленомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. V.portae 15 мм.

Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений.

ЭКГ – без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл. Биохимическое исследование крови: АЛТ – 108 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л, ГГТП – 29 Ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №20

Больная Н. 41 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до $38,5^{\circ}C$, слабость, боли в горле при глотании.

Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до $38^{\circ}C$, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до $37^{\circ}C$, 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 отеков нет, при осмотре правого коленного сустава видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объема активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отечность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налетов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в легких 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, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

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?

V. ОЦЕНКА УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ НА ГИА ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Государственная итоговая аттестация выпускников позволяет определить уровень сформированности компетенций выпускника (табл. 1, 2), определяющих его подготовленность к решению профессиональных задач, установленных Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Табл.1 Уровень сформированности компетенций

Оценка по 5-ти балльной системе		Оценка по 100-балльной системе	Уровни сформированности компетенций
5,0	Отлично	91-100	Высокий
4,0	Хорошо	76-90	Средний
3,0	Удовлетворительно	61-75	Низкий
2,0	Неудовлетворительно	41-60	Крайне низкий
2,0	Неудовлетворительно	0-40	Не сформировано

Табл. 2 Критерии оценки уровня сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100–96	ВЫСОКИЙ	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в	B	95–91		5

определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.	С	90–81	СРЕДНИЙ	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные	Е	70-66		3

положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.				
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	E	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.	Fx	60-41		2
Не получены ответы по базовым вопросам. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	F	40-0		КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ

Итоговая оценка ГИА выставляется после завершения трех аттестационных испытаний (этапов) государственного экзамена. При этом определяется итоговая рейтинговая оценка ГИА ($R_{ГИА}$) в баллах по 100-балльной системе, которая рассчитывается как среднее значение:

- рейтинговой оценки тестирования ($R_{ГИА_тест}$);
- общей рейтинговой оценки практических умений ($R_{ГИА_прак}$);
- общей рейтинговой оценки собеседования ($R_{ГИА_собес}$):

$$R_{ГИА} = (R_{ГИА_тест} + R_{ГИА_прак} + R_{ГИА_собес}) / 3$$

Результат итоговой рейтинговой оценки ГИА ($R_{\text{ГИА}}$) переводится в 5-балльную систему по следующей схеме:

$R_{\text{ГИА}}$ оценка по 100-балльной системе	$R_{\text{ГИА}}$ оценка по «5-балльной» системе		$R_{\text{ГИА}}$ оценка по ECTS
96-100	5	превосходно	A
91-95	5	отлично	B
81-90	4	хорошо	C
76-80	4	хорошо с недочетами	D
61-75	3	удовлетворительно	E
41-60	2	неудовлетворительно	Fx
0-40	2	неудовлетворительно (необходимо повторное изучение)	F