

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.49 Поликлиническая терапия
семестры реализации дисциплины	10,11,12 семестры
форма контроля	Зачеты в 10 и 11 семестрах, экзамен в 12 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1

Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи	Знать методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные.
		Практический опыт составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Знать особенности оказания медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной формах.
	ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	Уметь оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной и экстренной формах в амбулаторных условиях.

		Практический опыт оказания медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной формах.
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	Знать методы физикального, лабораторного и инструментального исследования органов и систем; последовательность выполнения и объем проводимых исследований, необходимых для постановки диагноза. Уметь использовать данные физикального обследования, интерпретировать и использовать данные основных лабораторно-инструментальных методов обследования при формулировке диагноза. Практический опыт общеклинического обследования и интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; построения и обоснования развернутого клинического диагноза на основании полученных данных.
ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по	Знать механизм действия лекарственных препаратов, показания и противопоказания к их назначению. Уметь сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических свойств средств препаратов, опираясь на результаты рандомизированных контролируемых

	<p>вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>	<p>фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований; обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных заболеваниях и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения, сформулировать показания для продолжения лечения в стационаре.</p> <p>Практический опыт выбора лекарственного средства, используя стандарты диагностики и лечения заболеваний, клинические рекомендации; выбора лекарственного препарата на основании инструкции по медицинскому применению, перечня ЖНВЛС, стандартов диагностики и лечения заболеваний; выбора лекарственных средств с учетом индивидуальной фармакодинамики, фармакокинетики, известных нежелательных реакций, возможного взаимодействия при сопутствующем назначении других лекарственных препаратов.</p>
<p>ПК – 4</p> <p>Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую</p>	<p>ПК-4.1</p> <p>Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p> <p>ПК-4.2</p> <p>Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение</p>	<p>Знать принципы проведения реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, принципы проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности.</p>

<p>деятельность</p>	<p>функций организма, на медико-социальную экспертизу ПК-4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Уметь составлять программы реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности пациента, сформулировать показания для направления пациента на освидетельствование в бюро МСЭ.</p> <p>Практический опыт составления программ реабилитации пациентов и абилитации инвалидов; методами проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациента; методами определения признаков стойкой утраты трудоспособности.</p>
<p>ПК – 5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ПК-5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами ПК-5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения ПК-5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения</p>	<p>Знать методы профилактики заболеваний, принципы формирования здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения, особенности проведения вакцинации взрослого населения, показания и противопоказания к вакцинации.</p> <p>Уметь составить план профилактических мероприятий, провести контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, сформулировать показания и противопоказания к проведению вакцинации населения.</p>

		Практический опыт санитарно-просветительской и профилактической работы
ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников	Знать особенности ведения медицинской документации при оказании амбулаторной помощи; особенности организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.
	ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Уметь оформлять медицинскую документацию в амбулаторно-поликлиническом учреждении
		Практический опыт ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

(ОПК-4)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.

Свертываемость крови - 3 мин.

ПТИ - 100 %.

СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гЛ, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

2. Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эр. - $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/л, КФК 2,4 ммоль/гЛ, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.

Свертываемость крови - 3 мин.

ПТИ - 100 %.

Общий анализ крови на шестой день после госпитализации: лейкоц. - $6,0 \times 10^9$, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

3. Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин - 7,6 ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин.

Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.

Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр.

Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

Анализ крови общий: Нв - 140 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. - $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/час.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм:
 - Препараты I группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.
 - В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты I-ой группы антиаритмических средств.
 - Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

4. Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Суточное мониторирование по Холтеру - выявление политопности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.

ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.

Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.

АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).

Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.

Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п - 1-2 в п/зр.

Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - 6,0x10⁹/л, СОЭ - 4 мм/час.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).
2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Дифференциальная диагностика синдрома экстрасистолии (вариант нормы, кардиальное происхождение, внесердечные причины).
4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторированию - уменьшение количества экстрасистол на 70%.

5. Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал. Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - II.

Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.

Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.

Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, л - $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. - 0,9; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.

Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.*
2. *План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.*
3. *Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).*
4. *Лечение:*
 - *терапия гипертензивного криза;*
 - *терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.*
 - *- кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является:

- 1) жировая ткань;
- 2) почки;
- 3) печень; (+)

- 4) головной мозг;
- 5) желудочно-кишечный тракт.

2. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются: 1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани; 2. увеличение синтеза жирных кислот в печени; 3. уменьшение выделения жиров печенью; 4. некроз гепатоцитов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

3. Хроническая алкогольная интоксикация приводит к: 1. жировой дистрофии печени; 2. хроническому персистирующему и активному гепатиту; 3. циррозу печени; 4. холангиту.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с:

- 1) общий полноценный рацион; (+)
- 2) преобладанием углеводов;
- 3) преобладанием белков;
- 4) преобладанием жиров;
- 5) преобладанием железа.

5. При алкогольном стеатозе адекватным лечением является назначение:

- 1) преднизолона;
- 2) азатиоприна;
- 3) гептрала (адеметионина); (+)
- 4) фестала;
- 5) холензима.

6. При алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение: 1. преднизолона; 2. азатиоприна; 3. пентоксифиллина; 4. гептрала (адеметионина) или эссенциальных фосфолипидов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 3, 4. (+)

7. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует: 1. гипоальбуминемия; 2. спленомегалия; 3. желтуха; 4. портальная гипертензия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)

- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

8. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:

- 1) некроз;
- 2) фиброз;
- 3) жировая дистрофия; (+)
- 4) регенерация;
- 5) перестрой архитектонике печени.

9. При циррозе печени можно обнаружить:

- 1) снижение зрения;
- 2) увеличение околоушных желез;
- 3) ригидность ушных раковин;
- 4) высокое небо;
- 5) контрактуры Дюпюитрена. (+)

10. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является:

- 1) злокачественное клиническое течение;
- 2) выраженная гепатомегалия;
- 3) кожный зуд; (+)
- 4) повышение сывороточных липидов;
- 5) повышение активности aminотрансфераз.

11. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить: 1. вирусный цирроз печени с холестазом; 2. хронический склерозирующий холангит и перихолангит; 3. механическую желтуху; 4. болезнь Жильбера.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Первичному билиарному циррозу в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина; (+)
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

13. Вирусному гепатиту в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;

- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы; (+)
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гаммаглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

14. Острому холецистититу в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гаммаглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз. (+)

15. Хроническому гепатиту в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гаммаглобулинемия; (+)
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

16. Острой дистрофии печени в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гаммаглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз; (+)
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

17. При первичном билиарном циррозе рекомендуется: 1. урсодезоксихолевая кислота 2. рифампицин; 3. холестирамин; 4. D-пеницилламин.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. В развитии асцита при циррозе печени имеет патогенетическое значение: 1. портальная гипертензия; 2. гипоальбуминемия; 3. увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильный ответ 2.

19. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит встречается при: 1. болезни Бадда-Киари; 2. хроническом тромбозе воротной вены; 3. констриктивном перикардите.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильный ответ 2.

20. У больных с асцитом парацентез применяется для: 1. диагностических целей; 2. компенсации дыхательных расстройств; 3. быстрого устранения асцита; 4. уменьшения портальной гипертензии.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильны ответы 2 и 4;

4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

(ПК-1)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца. Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений.

Общий анализ крови: эр. - $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты - $6,0 \times 10^9/г$, пал. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1023, белка и сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ мочи по Зимницкому: уд. вес от 1008 до 1027, дневной диурез - 800,0 мл, ночной диурез - 500,0 мл.

Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. - 800, лейкоц. - 1000.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98%.

Анализ крови: на мочевины - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,088 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,5 г/л, ПТИ - 100 ед.

Эхокардиоскопия: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция выброса - 65%.

УЗИ почек - почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется.

Радиоренография - поглотительная и выделительная функции почек не нарушены.

Глазное дно - некоторое сужение артерий.

Консультация невропатолога - функциональное расстройство нервной системы.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии.*
2. *План дополнительного обследования: ЭКГ, эхокардиоскопия, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, УЗИ почек, консультация окулиста, рентгеноскопия сердца, консультация невропатолога, общий анализ крови, проба Реберга, анализ крови на мочевины, креатинин, холестерин, бета-липопротеиды, протромбин, радиоренография.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с симптоматическими артериальными гипертензиями:*
 - *почечными - хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, реноваскулярная гипертензия;*
 - *- эндокринными - феохромоцитомы, первичный гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, акромегалия;*
 - *- гемодинамическими - недостаточность аортального клапана, атеросклероз аорты, застойная гипертензия;*
 - *- нейrogenными - опухоли или травмы головного или спинного мозга, энцефалит, кровоизлияние;*
 - *с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии;*
 - *с экзогенными гипертензиями вследствие свинцовой интоксикации, приема глюкокортикоидов, контрацептивов.*

2. У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание. Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^{12}/л$, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.*
2. *Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.*
3. *Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.*
4. *Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.*

3. Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию. Объективно: темп. тела $37,3^{\circ}C$, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эр. - $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр., лейкоциты - 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.

Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.

Серологическое исследование - повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция - кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.

Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.

Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.*
2. *План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение титра антител к антигенам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.*
4. *Принципы лечения:*
 - *антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики*
 - *бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия*
 - *дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма*
 - *иммунокорректирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал*
 - *симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др.*
 - *физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.*

4. У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный

в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.*
2. *Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.*
3. *Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.*
4. *Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия*

5. Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до $37,5^{\circ}C$. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. Объективно: темп. $37,3^{\circ}C$. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время сформированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $230 \times 10^9/л$, лейкоциты - $10 \times 10^9/л$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.

Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.

Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.

Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.

Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.*
4. *Принципы лечения:*
 - *противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.*
 - *антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты*
 - *противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон*
 - *бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия*
 - *физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

- 1) первичной остановке кровообращения;
- 2) первичной остановке дыхания; (+)
- 3) первичном поражении центральной нервной системы;
- 4) первичном поражении нейроэндокринной сферы;
- 5) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

2. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

3. Основными признаками остановки сердца являются: 1. широкие зрачки; 2. отсутствие пульса на сонной артерии; 3. отсутствие самостоятельного дыхания; 4. узкие зрачки; 5. судороги.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

4. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:

- 1) левая половина грудной клетки;
- 2) рукоятка грудины;
- 3) нижняя треть грудины; (+)
- 4) мечевидный отросток;
- 5) средняя часть грудины.

5. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: 1. сужение зрачков; 2. появление пульса на сонной артерии; 3. уменьшение цианоза; 4. появление отдельных спонтанных вздохов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

7. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии; 2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

9. При остановке кровообращения развивается:

- 1) метаболический алкалоз;
- 2) метаболический ацидоз; (+)
- 3) респираторный алкалоз;
- 4) респираторный ацидоз;
- 5) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

10. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо: 1. искусственная вентиляция легких; 2. наружный массаж сердца; 3. массивные переливания крови и кровезаменителей; 4. введение адреналина и бикарбоната натрия; 5. обеспечение гемостаза.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. (+)

11. К признакам шока относятся: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. гиперемия лица.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. При анафилактическом шоке показано:

- 1) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов; (+)
- 2) подкожное введение аминазина;
- 3) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
- 4) интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
- 5) дегидратационная терапия.

13. Для инфекционно-токсического шока характерно: 1. малый частый пульс; 2. снижение диуреза; 3. лихорадка, озноб, понос; 4. бледность и похолодание кожных покровов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- 1) ясное сознание;
- 2) оглушение; (+)
- 3) сопор;

- 4) кома;
- 5) смерть мозга.

15. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- 1) ясное сознание;
- 2) оглушение;
- 3) сопор; (+)
- 4) кома;
- 5) смерть мозга.

16. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- 1) ясное сознание;
- 2) оглушение;
- 3) сопор;
- 4) кома; (+)
- 5) смерть мозга.

17. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

- 1) снижение АД и учащение пульса;
- 2) снижение АД и урежение пульса;
- 3) повышение АД и учащение пульса; (+)
- 4) повышение АД и урежение пульса;
- 5) АД и частота пульса не изменяются.

18. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

- 1) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;
- 2) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови; (+)
- 3) отравлении фосфорорганическими соединениями;
- 4) декомпенсации миокарда;
- 5) тромбоэмболии легочной артерии.

19. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

- 1) снижение артериального давления;
- 2) повышение центрального венозного давления (ЦВ5); (+)
- 3) снижение ЦВД;
- 4) анемия;
- 5) полицитемия.

20. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- 1) 10-20%;
- 2) 20-30%; (+)

- 3) 30-40%;
- 4) 40-50%;
- 5) более 50%.

(ПК-2)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39°C, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделью назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы. Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см² угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр. - 4,5x10¹²/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - 240x10⁹/л, лейкоциты - 12,0x10⁹/л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоц. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положит.

Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Gr+кокковая флора.

Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.

Серологическое исследование - титр антител к вирусным антигенам в пределах нормы.

1. Установить предварительный диагноз
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острая очаговая пневмония в нижней доле правого легкого неуточненной этиологии.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ДФА, СРБ, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра к вирусным антигенам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с острым бронхитом, крупозной пневмонией, острым плевритом, очаговым туберкулезом легких, инфаркт-пневмонией, абсцессом легкого.*
4. *Принципы лечения:*
 - *антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, нитрофураны, метрогил*
 - *бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия*
 - *дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополиглюкин, плазма*
 - *иммунокорригирующая терапия (при затяжном течении) - глюкокортикоиды, интерферон, левамизол, нуклеинат натрия, плазма, иммуноглобулины*
 - *симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды, диуретики, при сосудистой недостаточности - сульфокамфокаин, кордиамин, при развитии инфекционно-токсического шока - гемодез, альбумин, преднизолон, симпатомиметики, коррекция метаболического ацидоза, борьба с ДВС-синдромом;*
 - *при выходе из острой стадии заболевания - физиотерапевтическое лечение (ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, УВЧ, индуктотермия), ЛФК.*

2. Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - $3,0 \times 10^9$ /л, Нв - 100 г/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9$ /л, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга: креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации

между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермиттирующая стадия (по классификации Лопаткина), артериальная гипертензия, анемия.*
2. *План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.*
3. *Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической - протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертензия, уменьшение размеров почек по УЗИ.*
4. *Причина ХПН - латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия в анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного.*
5. *Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.*
 - *Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).*
 - *Энтеросорбенты. Слабительные.*
 - *Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.*
 - *Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 - 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.*

3. Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Направлен в стационар. При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочейспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови: без особенностей.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима - 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима - 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1*0,8 см. Подвижность почек не изменена.

Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 700 мл, ночной диурез - 500 мл, уд. вес - 1008-1026.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 1300 мл, уд. вес - 1001-1006.

Уровень креатинина - 88 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 99%, креатинин крови - 80 мкмоль/л, мин. диурез - 1,1 мл/мин.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%, креатинин крови - 250 мкмоль/л, мин. диурез - 1,3 мл/мин.

Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG - 14 г/л(N), IgM - 1,9 г/л (N), IgA - 5,3 г/л (повышены).

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма.*
2. *Диф. диагноз: мочекаменная болезнь, травмы почек, опухоли, туберкулез, интерстициальный нефрит.*
3. *План обследования: УЗИ почек, обзорная урография для исключения конкрементов, новообразований, при необходимости в/в урография, цистоскопия, компьютерная томография. Анализ мочи на БК, туберкулиновые пробы Проба Зимницкого. Уровень креатинина, мочевины. Проба Реберга. Уровень иммуноглобулинов А. Нефробиопсия.*
4. *Лечение: гематурический гломерулонефрит специального лечения не требует, нетрудоспособность на время макрогематурии. Целесообразно ограничение белка, полезен зеленый чай. Прогноз благоприятный.*

4. У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Са - 2,2 ммоль/л, С1 - 97 ммоль/л
АСЛ-О - 320 ед.

Общий белок: 65 г/л

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.

Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены.

Патологии не выявлено.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.*
2. *Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.*
3. *План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.*
4. *Лечение: при остром - симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды при неэффективности, при хроническом - патогенетическая терапия, при подостром - пульс-терапия, плазмаферез.*

5. У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40°C, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъекция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл. При обследовании: креатинин - 660 мкмоль/л, мочевины - 27,0 ммоль/л, калий - 6,5 ммоль/л. Общий анализ крови: эр. - 4,1x10¹²/л, Нв - 131 г/л, ц.п. - 0,9; лейкоц. -

15,2x10⁹/л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы: пал. - 12%, сегм. - 65%, лимфоциты - 8%, моноциты - 14%, СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 0,38 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 15-20 в п/зр. УЗИ: резкое увеличение размеров почек.

Кровь на ГЛПС: положительный результат в разведении 1/128, нарастание титров в парной сыворотке.

Кровь на лептоспироз: отрицательная.

Динамика электролитов: калий - 6,5-7,0-5,8-4,9-3,0-4,5 ммоль/л, натрий - 145-135-129-135 ммоль/л, кальций - 2,3-2,2 ммоль/л, хлор - 110-100-97 ммоль/л.

Динамика уровня креатинина: 660-720-500-375-210-100-88 мкмоль/л.

Динамика уровня мочевины: 27-34-36,5-28-19-13-7-5,5-5 ммоль/л.

Общий анализ крови, общий анализ мочи см. в задаче.

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах до 14 на 7,5 см, паренхима отечная, пониженной эхогенности, толщиной 25 мм ЧЛК сдавлен отечной паренхимой.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Неотложная терапия. Показания к гемодиализу.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ГЛПС. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия.*
2. *Диф. диагноз: острый пиелонефрит, осложненный ОПН или ОПН другой этиологии.*
3. *План обследования: кровь на ГЛПС, лептоспироз. Динамика электролитов, креатинина, мочевины, общего анализа крови и мочи. УЗИ почек: увеличение размеров, отек паренхимы со сдавлением ЧЛК извне. Рентгенография грудной клетки: признаки гипергидратации.*
4. *Принципы лечения:*
 - - неотложная терапия - экстренная госпитализация, диета с ограничением белка, калия, жидкости
 - - мочегонные лазикс до 1000 мг), осмодиуретики
 - - инфузионная терапия - объем вводимой жидкости = диурез + 500 мл
 - - для борьбы с гиперкалиемией: препараты кальция, 40% глюкоза с инсулином
 - - ликвидация ацидоза: 4% - 200 мл бикарбоната натрия
 - - профилактическая антибактериальная терапия (кроме нефротоксичных).
 - Показания к гемодиализу: гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л, длительный период олигоанурии (более 3 дней), креатинин более 1000 мкмоль/л, ацидоз, гипергидратация, уремическая энцефалопатия.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:
 - 1) употреблением преимущественно белковой пищи;
 - 2) значительной лейкоцитурией и бактериурией;

- 3) употреблением преимущественно растительной пищи; (+)
- 4) употреблением большого количества соли;
- 5) употреблением большого количества сахара.

2. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- 1) пиелонефрите; (+)
- 2) гломерулонефрите;
- 3) амилоидозе;
- 4) нефролитиазе;
- 5) поликистозе.

3. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- 1) хронического нефрита;
- 2) пиелонефрита;
- 3) сахарного диабета; (+)
- 4) несахарного диабета;
- 5) сморщенной почки.

4. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

- 1) соблюдать строгую диету с исключением соли;
- 2) ограничить физическую активность;
- 3) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим); (+)
- 4) ограничить употребление белковой пищи;
- 5) ограничить употребление растительной пищи.

5. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 3г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

7. Острый нефритический синдром характеризуют:

- 1) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- 2) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- 3) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия; (+)
- 4) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- 5) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

8. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) острый гломерулонефрит;
- 2) острый пиелонефрит;
- 3) обострение хронического гломерулонефрита; (+)
- 4) апостематозный нефрит;
- 5) амилоидоз почек.

9. Больного ХГН необходимо госпитализировать в стационар в случае: 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертонии; 2. нарастании протеинурии; 3. увеличении эритроцитурии; 4. ухудшении функционального состояния почек.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

10. Определение активности ХГН необходимо для:

- 1) назначения патогенетической терапии; (+)
- 2) оценки прогноза заболевания;
- 3) установления клинической формы заболевания;
- 4) оценки функционального состояния почек;
- 5) назначения антибактериальной терапии.

11. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- 1) острого гломерулонефрита; (+)
- 2) пиелонефрита;
- 3) почечно-каменной болезни;
- 4) цистита;
- 5) амилоидоза почек.

12. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- 1) фуросемиду; (+)
- 2) верошпирону;
- 3) триамтерену;
- 4) арифону;
- 5) гипотиазиду.

13. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- 1) дерматомиозита;
- 2) системной красной волчанки; (+)
- 3) системной склеродермии;
- 4) узелкового артериита;
- 5) ревматической полимиалгии.

15. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

- 1) впервые возникший нефротический синдром; (+)
- 2) злокачественная артериальная гипертензия;
- 3) остонефритический синдром;
- 4) нефротический синдром при амилоидозе почек;
- 5) субъективное состояние больного.

16. Четырехкомпонентная схема лечения нефрита включает следующие сочетания препаратов:

- 1) преднизолон + гепарин + индометацин + курантил;
- 2) преднизолон + гепарин + курантил + диуретик;
- 3) преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил; (+)
- 4) преднизолон + гепарин + курантил + эуфиллин;
- 5) индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин.

17. Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

18. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- 1) бактериальный перитонит;
- 2) абдоминальный нефротический криз; (+)
- 3) почечная колика;
- 4) апостематозный пиелонефрит;
- 5) кишечная колика.

19. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится: 1. частые рецидивы нефротического синдрома; 2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов; 3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками; 4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;

- 4) если правильный ответ 4;
 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

20. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- 1) через 3-5 месяцев от начала заболевания; (+)
 2) через год;
 3) через 3 года;
 4) с первых недель заболевания;
 5) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

(ПК-3)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - 483х10⁹/л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 12, во всех клубочках утолщение базальной мембраны с удвоением, скудная пролиферация клеток мезангия. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, в строме очаговая лимфоидная инфильтрация. Заключение: мембранозная нефропатия.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы, корковый и мозговой слой с числом клубочков до 6, 2 из которых склерозированы, остальные клубочки обычных размеров, с отложением в капиллярных петлях гомогенных аморфных масс (+ окраска конго-рот). Заключение: амилоидоз почек.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.
3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: нефротический синдром, который при ревматоидном артрите может быть связан с амилоидозом почек, гломерулонефрите, как системным проявлением РА, лекарственной “золотой” нефропатией.*
2. *План обследования: закрытая пункционная нефробиопсия.*
3. *Диф. диагноз: см. выше. Окончательный диагноз после морфологического заключения.*
4. *Лечение: колхицин 1-2 мг в сутки при амилоидозе, при нефрите - глюкокортикостероиды и/или цитостатики.*

2. В терапевтическое отделение поступила больная З., 36 лет, с диагнозом “пневмония”. Больна две недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином, бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшилось, температура держалась в пределах 37,5 - 38,2°C. Обратилась в поликлинику. Госпитализирована. При осмотре: пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8 см, безболезненные. На слизистой оболочке полости рта - афты. Частота дыхания до 30 в мин., в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс - 36 в мин, АД - 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ. Опоясывающий лишай 3 года назад. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние 5-6 месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день. Похудела на 4 кг. Связывает плохое самочувствие с потерей ребенка, который часто болел и умер в 5-ти месячном возрасте 3 года тому назад от пневмонии. 4 года назад работала по контракту вместе с мужем в Африке, где чувствовала себя хорошо. Врачом терапевтического отделения поставлен диагноз “хроническая пневмония”.

1. Назовите признаки, позволяющие усомниться в поставленном диагнозе.
2. Выскажите свое мнение о диагнозе. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Наличие таких признаков, как диарея, снижение веса, опоясывающий герпес, данные эпидемиологического анамнеза, смерть ребенка от пневмонии (что подозрительно на врожденную ВИЧ-инфекцию) обязывают усомниться в поставленном диагнозе.*
2. *“Инфекция ВИЧ в стадии вторичных заболеваний (3 В, СПИД)”. Характер поражения легких (скорее всего это пневмоцистная пневмония) требует проведения дифференциального диагноза с туберкулезом, опухолью легких.*
3. *Развернутый анализ крови, кровь на ВИЧ методом ИФА и иммунного блока, кровь на антитела к цитомегаловирусу, пневмоцисте, бактериоскопия мокроты, исследование ВК, рентгенограмма легких, посев кала на флору и дисбактериоз, бактериоскопия кала (криптоспоридии).*

4. Для подтверждения диагноза инфекции ВИЧ больной показана комплексная терапия АСТ, бисептолом, средствами, направленными на профилактическое лечение других выявленных оппортунистических инфекций. Перевод в специализированное отделение. Обследование медицинского персонала, имеющего контакт с кровью больной. Об установленном диагнозе больной сообщить с соблюдением деонтологических правил. Консультация психолога (психиатра) для коррекции возможных реакций.

3. Больной К., 53 лет, шофер, обратился в поликлинику 20.10 с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, изменение цвета мочи, небольшой зуд кожи. Заболевание началось постепенно в начале октября с появления большей, чем обычно, усталости после рабочего дня. Затем стал отмечать снижение аппетита, потерю веса, зуд кожи, темный цвет мочи. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная желтушность кожи с единичными расчесами. В легких - без патологии. Пульс - 60 в мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см (размеры по Курлову 16, 12, 11 см). Край мягкоэластической консистенции, заострен, гладкий, слегка болезненный. Селезенку пальпировать не удалось. Моча темно-коричневого цвета, кал обесцвечен. Сознание ясное, настроение плохое, считает, что неизлечимо болен. Эпиданамнез: месяца назад длительно лечился у стоматолога. Госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит. В стационаре при исследовании функциональных печеночных проб выявлены следующие показатели: билирубин общий - 80 мкмоль/л, связанный - 50 мкмоль/л, АСТ - 930, АЛТ - 1460 нмоль/с л, тимоловая проба - ед., сулемовая - 1,8 мл, холестерин - 9,5 ммоль/л. При серологическом исследовании крови обнаружены HbsAG, антитела к ядерному АГ класса М, HbsAG.

1. Поставьте диагноз, продифференцируйте.
2. Дайте оценку тяжести состояния.
3. Определите терапевтическую тактику.
4. Перечислите свои мероприятия в очаге.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Постепенное начало заболевания, длительный преджелтушный период по астеновегетативному варианту, появление темной мочи, а затем желтухи, увеличение печени, эпиданамнез, гипербилирубинемия (повышение как связанного, так и свободного билирубина), повышение активности аминотрансфераз, нормальный показатель тимоловой пробы, обнаружение маркеров ОГВ позволяют поставить диагноз "острый вирусный гепатит В". Зуд кожных покровов, значительное увеличение печени, небольшая потеря веса, повышение холестерина обязывают думать о возможном развитии холестатической формы. Данных за опухоль поджелудочной железы нет.
2. Учитывая умеренно выраженные симптомы интоксикации в желтушном периоде заболевания, нерезкие проявления цитолитического синдрома, умеренную желтуху, следует констатировать средне-тяжелую форму ОГВ.
3. Терапевтическая тактика: режим постельный в течение 7-10 дней, стол 5А, обильное дробное питье, ферментные препараты. При продолжающейся циркуляции HbsAG более 12 дней показана терапия рефероном по 1 млн Ед/день в/м в течение 10 дней (с дальнейшим серологическим контролем).
4. Госпитализация больного ОГВ обязательна, независимо от условий, в которых он проживает. Информация о случае заболевания в центр санэпиднадзора осуществляется подачей формы 58. В периоде наблюдения за очагом заболевания (6 месяцев) особое внимание уделяют лицам, принадлежащим к группам риска и декретированным

категориям. Кроме медицинских осмотров необходимо исследование крови на активность АлАТ и НвсАГ сразу же после контакта (и повторно через 1-1,5 месяца). Все контактировавшие с больным, или носителем НвсАГ, а тем более лица из групп риска должны быть иммунизированы вакциной “энжерикс В” в течение 3 дней после получения отрицательного серологического результата на НвсАГ по схеме 0-1-6.

4. Больная К., 32 лет, продавец в магазине “Молоко”, заболела остро 22.08 вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08 боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из трех человек. Члены семьи здоровы. Заболевание желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет. Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс - 96 в мин., ритмичный. АД - 115/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Как следует решить вопрос о госпитализации.
3. Какие документы следует оформить при выявлении больного острой дизентерией.
4. Какие лабораторные исследования следует провести у данной больной.
5. Наметить план лечения больной.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Диагноз основывается на наличии синдрома интоксикации (озноб, повышение температуры тела, головная боль) и дистального колита (схваткообразная боль внизу живота, больше слева, частый жидкий стул со слизью и прожилками крови, спазм и болезненность сигмовидной кишки).*
2. *Больная подлежит госпитализации по клиническим (средняя тяжесть течения заболевания) и эпидемиологически (относится к декретированной группе) показаниям.*
3. *Врач, первично установивший диагноз “острая дизентерия”, заполняет амбулаторную карту, экстренное извещение (ф. 58), а при направлении на госпитализацию - выписку из амбулаторной карты и талон на госпитализацию, а также регистрирует больного в журнале по учету инфекционной заболеваемости.*
4. *Врачу амбулатории необходимо назначить бактериологическое исследование испражнений больной на бактерии дизентерийной группы.*
5. *Режим с ограничением физических нагрузок. Диета. Этиотропная, дезинтоксикационная терапия. Спазмолитики, десенсибилизирующие, адсорбирующие и вяжущие средства, репаративные препараты.*

5. Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже присоединилась слабость, головокружение. Больная обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз “острое пищевое отравление”. Было сделано промывание желудка, введены кордиамин подкожно и в/в 500 мл 5%-раствора глюкозы с

витамином С. Состояние больной ухудшилось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый стул без счета, беспокоила резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переведена в ЦРБ.

Объективно: акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заострены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос осиплый, тургор кожи снижен (кожная складка расправляется медленно), температура тела 35,5°C, пульс нитевидный, АД - 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот втянут, мягкий, перистальтика усилена. Стул водянистый, типа рисового отвара. Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.

1. Какие дополнительные вопросы следует задать больной для уточнения анамнеза.
2. Поставьте ваш диагноз.
3. Определите степень обезвоживания.
4. Проведите дифференциальный диагноз с пищевыми токсикоинфекциями и острой дизентерией.
5. Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Уточнить последовательность появления жидкого стула и рвоты, характер испражнений и рвотных масс, наличие или отсутствие патологических примесей в кале, болей в животе, повышение температуры, а также данные эпиданамнеза.
2. Внезапное появление жидкого водянистого стула без болей в животе, наличие рвоты, не приносящей облегчение и без предшествующей тошноты, быстрое нарастание симптомов обезвоживания на фоне нормальной температуры, а также пребывание больной в регионе, неблагоприятном по холере (вернулась из Астраханской области), дают основание предположить у больной холеру.
3. Пользуясь таблицей клинико-патогенетической классификации обезвоживания можно диагностировать IY степень дегидратации: стул свыше 20 раз, судороги конечностей, пульс нитевидный, АД ниже 80 мм рт. ст., симптом “темных очков”, анурия.
4. Для пищевой токсикоинфекции характерно наличие болей в животе, жидкий стул имеет неприятный запах. Заболевание, как правило, сопровождается лихорадкой. Следует помнить, что при тяжелом течении пищевой токсикоинфекции дегидратация может достигать такой же степени, как при холере. При дизентерии заболевание начинается с появления болей внизу живота или в левой подвздошной области. Стул частый, но скудный, характерна примесь слизи и крови. Больного беспокоят ложные позывы, тенезмы. При пальпации отмечается спазм и болезненность сигмовидной кишки.
5. Деятельность врача не удовлетворительная: неправильно оценена тяжесть течения болезни (определяющаяся степенью обезвоживания) и соответственно не была назначена адекватная регидратационная терапия.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Злокачественная гипертензия возможна при: 1. пиелонефрите; 2. узелковом периартериите; 3. первичном нефросклерозе; 4. истинной склеродермической почке.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

2. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами необходимо тщательно контролировать: 1. лейкоциты крови; 2. содержание гемоглобина крови; 3. тромбоциты крови; 4. эозинофилы крови.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

3. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- 1) преднизолоном;
- 2) цитостатиками;
- 3) индометацином; (+)
- 4) курантилом;
- 5) гепарином.

4. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

- 1) амилоидоз почек; (+)
- 2) гломерулонефрит;
- 3) пиелонефрит;
- 4) интерстициальный нефрит;
- 5) тромбоз почечных вен.

5. Вторичный амилоидоз может развиваться при: 1.ревматоидном артрите; 2. псориатическом артрите; 3. опухолях; 4. бронхоэктазах.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

- 1) десны;
- 2) подкожного жира;
- 3) слизистой оболочки прямой кишки;
- 4) почки; (+)
- 5) кожи.

7. Для почечной колики характерны: 1.боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;

- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

8. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

- 1) полусинтетические пенициллины; (+)
- 2) тетрациклин;
- 3) бисептол;
- 4) фурагин;
- 5) фторхинолоны.

9. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- 1) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
- 2) гематурия и гиперазотемия;
- 3) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация; (+)
- 4) протеинурия и гематурия;
- 5) протеинурия и артериальная гипертензия.

10. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать:

- 1) атенолол;
- 2) капозид;
- 3) ренитек; (+)
- 4) адельфан;
- 5) апрессин.

11. Нефроптоз может осложниться: 1. пиелонефритом; 2. форникальным кровотечением; 3. артериальной гипертензией; 4. нарушением венозного оттока.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

12. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- 1) повышение содержания мочевины в крови;
- 2) повышение содержания креатинина в крови;
- 3) гиперфосфатемия;
- 4) гиперкалиемия; (+)
- 5) гиперурикемия.

13. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью, натрием; 4. нарушение электролитного и кислотно-щелочного состояния.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;

- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно корректировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- 1) кожный зуд;
- 2) эритроцитоз; (+)
- 3) полиурия, полидипсия;
- 4) тошнота, рвота;
- 5) мышечные судороги.

16. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерина.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

17. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

- 1) мочевины;
- 2) остаточного азота;
- 3) креатинина; (+)
- 4) калия;
- 5) мочевой кислоты.

18. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- 1) повышение артериального давления;
- 2) полиурию, полидипсию; (+)
- 3) гиперкалиемию;
- 4) метаболический ацидоз;
- 5) судороги.

19. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

- 1) гломерулярный некроз;
- 2) папиллярный некроз;

- 3) тубулярный некроз; (+)
- 4) поражения интерстиции;
- 5) гидронефроз.

20. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- 1) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
- 2) сопутствующей инфекцией;
- 3) падением артериального давления; (+)
- 4) недостаточностью надпочечников;
- 5) метаболическим ацидозом.

(ПК-4)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 4 Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	<p>ПК-4.1 Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p> <p>ПК-4.2 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу</p> <p>ПК-4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p>

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной А., 29 лет, рабочий, доставлен в ЛОР-отделение в тяжелом состоянии с диагнозом “паратонзиллярный абсцесс”. Заболел остро 3 дня тому назад. С ознобом повысилась температура до 38°C. Отметил сильную боль в горле, слабость. Занимался самолечением - употреблял спиртное, полоскал горло, принимал анальгин, аспирин. На второй день болезни температура стала выше - 39,5°C, заметил увеличение шеи, верхняя пуговица рубашки не застегивалась. Сегодня чувствует еще хуже, стало трудно глотать, появились выделения из носа, отек шеи увеличился, голос стал сдавленным. Сильно ослабел, не смог идти в поликлинику, вызвал врача, который направил больного в ЛОР-отделение. При осмотре: общее состояние тяжелое, температура -39,1°C. Выраженный отек шеи с двух сторон, распространяющийся вверх к ушам и вниз - ниже ключицы. Слизистая ротоглотки резко отечна, миндалины почти смыкаются, полностью покрыты налетом серо-белого цвета, распространяющимся на небные дужки и язычок. Пограничная с налетом слизистая гиперемирована с цианотичным оттенком. Голос сдавленный. Из носа слизистогнойные выделения. Кожа в области носовых ходов мацерирована, на носовой перегородке - пленка (осмотр врача ЛОР). Одышка, ЧД - 26 в мин., АД - 180/100 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Ваши предложения по лечению больного.
4. Как контролировать возникновение осложнений.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: комбинированная дифтерия ротоглотки и носа, токсическая N степени. Основания для диагноза - острое начало, озноб, высокая температура, боли в горле при глотании, отек слизистой, налет на миндалинах, переходящий на соседние ткани, умеренная гиперемия слизистой с цианотичным оттенком в зоне, граничащей с налетом, отек шейной клетчатки до ключиц, появившийся на 2-й неделе болезни, тахикардия, гипертензия, наличие пленки на слизистой носа, мацерация кожи в области носа.*
2. *Паратонзиллярный абсцесс возникает обычно в периоде начинающегося выздоровления после ангины. Нарастает боль в горле, становится пульсирующей, возникает тризм жевательных мышц. Характерен вид больного: лицо гиперемировано, голова наклонена в больную сторону, неподвижна. Эти явления дифтерии не свойственны.*
3. *Срочная госпитализация в инфекционное отделение. Введение противодифтерийной антитоксической сыворотки 120 тыс. МЕ по Безредке, повторить дозу через 12 часов. Дезинтоксикационная терапия, кортикостероиды, антибиотики.*
4. *Вероятно развитие тяжелого миокардита в конце первой - начале второй недели, а позднее - осложнения со стороны ЦНС. Необходим клинический и ЭКГ контроль за состоянием сердечной деятельности, строгий постельный режим. Наблюдение за состоянием почек (анализ мочи повторно). Однако самой первой задачей является исключение дифтерии гортани, учитывая сдавленный (а может сиплый?) голос больного. Срочная консультация ЛОР-врача.*

2. Больной К., 35 лет, заболел остро: появился сильный озноб, ломота в теле, головная боль, температура повысилась до 39,8°C. Одновременно появился сухой кашель и довольно сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием. Самостоятельно принимал аспирин, анальгин, но температура снижалась незначительно, самочувствие ухудшалось, стала нарастать одышка, однократно была рвота, и больной вызвал скорую помощь. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,2°C, больной вял, с трудом разговаривает (мешает одышка). Лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, герпетические высыпания на губах, акроцианоз. Дыхание поверхностное, 40 в мин. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже уровня IV ребра, там же дыхание резко ослаблено, в нижних отделах дыхание не выслушивается, на уровне V-VI ребра шум трения плевры. Над правым легким дыхание не изменено, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 128 в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены; моча немного темнее обычного. Язык сухой, негусто обложен белым налетом, энантемы на слизистой полости рта нет. Менингеальных симптомов нет. Накануне заболевания вернулся из командировки из Вьетнама.

1. Можно ли заподозрить чуму, и, если да, то на основании чего.
2. Какой диагноз наиболее вероятен.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Можно. На основании острейшего бурного начала болезни, высокой лихорадки, тяжелой интоксикации, болей в грудной клетке, кашля, резкой одышки, гиперемии лица, склерита,*

конъюнктивита, глухости сердечных тонов, тахикардии, гипотонии, а также данных эпиданамнеза (выезд в эндемичный район) можно заподозрить первично-легочную форму чумы.

- 2. Учитывая сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием, укорочение перкуторного звука и резкое ослабление дыхания над большим участком одного легкого, шум трения плевры, наиболее вероятно крупозная пневмония.*
- 3. Дифференциальный диагноз. Для тяжелой пневмонии характерно острое начало с озноба, быстрый подъем температуры до высоких цифр, боли в грудной клетке при дыхании, кашель, одышка. Тахикардию Укорочение перкуторного звука, влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация. При пневмониях интоксикация менее тяжелая, чем при чуме и развивается не столь стремительно. Нет сильнейших “разрывающих” болей за грудиной. Мокрота скудная, в отличие от обильной жидкой при чуме. Часто герпетические высыпания на губах и крыльях носа. Физикальные данные соответствуют тяжести состояния больного. Не бывает гепатоспленомегалии.*

3. Больной В., 45 лет, обратился к врачу повторно 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38°C. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8°C, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38°C.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. План лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1. Острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в области трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации позволяют поставить диагноз: грипп, осложнение, левосторонняя очаговая пневмония.*
- 2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.*
- 3. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.*

4. Больной В., 15 лет, ученик 10 класса, обратился к школьному врачу с жалобами на сильную головную боль, озноб, позывы к рвоте. Болен 2-й день, отвечает небольшую боль в горле. Температура тела 39,9°C. Состояние довольно тяжелое. Была повторная рвота, не приносящая облегчения. Обращали внимание бледность, вялость, светобоязнь. Кожа без сыпи, пульс - 104 в мин., АД - 140/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Язык густо обложен белым налетом, влажный. При осмотре ротоглотки - небольшая гиперемия дужек и миндалин, яркая гиперемия и шероховатость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет, стул нормальный. Отмечается умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные. Эпидемиологический анамнез - в школе имеются случаи заболевания ОРЗ.

Школьный врач поставил предположительный диагноз "грипп. пищевая токсикоинфекция".

1. Каково ваше мнение.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой должна быть врачебная тактика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Острое начало заболевания после назофарингита, высокая температура, озноб, сильная головная боль, повторная рвота, не приносящая облегчения, бледность, вялость, яркая гиперемия и шероховатость задней стенки глотки на фоне бледности слизистой ротоглотки, светобоязнь, ригидность мышц затылка позволяют думать о менингококковой инфекции, назофарингите, менингите.*
2. *Против гриппа говорят бледность, сильнейшая головная боль, отсутствие яркой гиперемии слизистой мягкого неба и дужек, наличие ригидности мышц затылка, трахеита. Против пищевой токсикоинфекции - сильная головная боль, рвота, не приносящая облегчения, отсутствие болезненности при пальпации желудочно-кишечного тракта, нормальный стул.*
3. *Госпитализация в инфекционную больницу, люмбальная пункция, анализ спинно-мозговой жидкости. Этиотропная, дезинтоксикационная терапия. В очаге инфекции проводится влажная уборка помещения с использованием хлорсодержащих растворов, проветривание. За контактными лицами ведется наблюдение.*

5. Мужчина 30 лет, инженер, жалуется на ноющие боли области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 3 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет. Две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхоаденит. Объективно: акроцианоз, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая - на 3 см кнаружи от края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ослаблены, короткий систолический шум на верхушке, никуда не проводится. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает на 6 см, уплотнена.

ЭХО-кардиография - значительное утолщение перикарда, значительное количество жидкости в полости перикарда.

При пункции перикарда удалено 300 мл серозно-фибринозной жидкости.

Общий анализ крови: эр. - 4,5x10¹²/л, Нв - 125 г/л, лейкоц. - 10,9x10⁹/л, эоз. - 1%, пал. - 8%, сегм. - 45%, лимф. - 40%, мон. - 4%, СОЭ - 34 мм/час.

Сыворотка крови: СРБ +++, АСТ - 20 Е/л, АЛТ - 16 Е/л, КФК - 2,4 ммоль/гл.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, белок - 0,066%, эр. - 2-4 в п/зр., лейкоц. - 3-4 в п/зр.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Экссудативный перикардит, острый, туберкулезной природы.*
2. *Дифференциальная диагностика проводится с миокардитом, кардиомиопатией, миокардиодистрофией, пороками сердца, инфарктом миокарда.*
3. *План дообследования: ЭКГ, эхокардиография, кровь на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, белковые фракции, исследование перикардальной жидкости.*
4. *План лечения: антибактериальная терапия, противотуберкулезные препараты, кортикостероидные гормоны, НПВС, мочегонные средства, перикардиоцентез.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:
 - 1) напроксен;
 - 2) пироксикам;
 - 3) бутадион; (+)
 - 4) диклофенак-натрия (вольтарен);
 - 5) индометацин.
2. Применение кальцитонина при остеопорозе: 1 подавляет резорбцию костной ткани; 2. способствует предотвращению переломов костей; 3. увеличивает плотность костной ткани; 4. оказывает анальгезирующее действие.
 - 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)
3. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия: 1. назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки; 2. пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно три дня подряд; 3. назначение циклофосфамида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь; 4. плазмаферез.
 - 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3, 4; (+)
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. Препаратом первой линии для лечения остеопороза является:

- 1) кальцитонин
- 2) бивалос (стронция ранелат) (+)
- 3) альфакальцидол
- 4) препараты на основе эстрогенов
- 5) ралоксифен

5. Этиологическим фактором септического артрита может быть: 1. стафилококк; 2. стрептококк; 3. клебсиелла; 4. протей.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно: 1. мигрирующая эритема; 2. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы; 3. лимфаденопатия; 4. поражение ЦНС.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

7. Антигипертензивным препаратом наиболее показанном при сочетании артериальной гипертензии с подагрой, вследствие своего выраженного урикозурического эффекта является:

- 1) гипотиазид;
- 2) лозап (лозартан); (+)
- 3) эналаприл;
- 4) рамиприл;
- 5) кандесартан.

8. Развитию первичного остеоартроза способствует: 1. генетические факторы; 2. ожирение; 3. дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей; 4. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

9. Узелки Бушара появляются при:

- 1) подагре;
- 2) ревматоидном артрите;
- 3) остеоартрозе; (+)
- 4) ревматизме;
- 5) узелковом периартериите.

10. Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у мужчин:
- 1) более 0,460 ммоль/л
 - 2) более 0,420 ммоль/л
 - 3) более 0,400 ммоль/л
 - 4) более 0,360 ммоль/л(+)
11. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:
- 1) тазобедренные суставы; (+)
 - 2) коленные суставы;
 - 3) дистальные межфаланговые суставы кистей;
 - 4) плечевые суставы;
 - 5) голеностопные суставы.
12. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение: 1. вес тела; 2. плотность костной ткани; 3. частота переломов; 4. пол.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)
13. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза: 1. кости таза; 2. головка бедренной кости; 3. позвонки; 4. головка плечевой кости; 5. надмыщелки плечевой кости.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
14. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена: 1. энтезопатией в области бугра пяточной кости; 2. подпяточным бурситом; 3. кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой"); 4. артритом плюсне-фаланговых суставов.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
15. Наиболее типичными признаками ревматической лихорадки являются: 1 малая хорея; 2 «Летучий» артрит; 3 кольцевидная эритема; 4 узловатая эритема; 5 кардит.
- 1) верно 1, 2
 - 2) верно 1, 2, 3, 5(+)
 - 3) верно 2, 4, 5
 - 4) всё перечисленное верно
 - 5) всё перечисленное не верно

16. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через:

- 1) 1–2 года
- 2) 2–3 недели(+)
- 3) 4 дня
- 4) 5 месяцев
- 5) 6 недель

17. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть: 1. алопеция; 2. фотодерматоз; 3. сетчатое ливедо; 4. витилиго.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно: 1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит; 2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения; 3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации; 4.миокардит.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

19. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом относят: 1. острое нарушение мозгового кровообращения; 2. деменцию; 3. мигрень; 4. поперечный миелит.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

20. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с: 1. артериальной гипертензией; 2. нефротическим синдромом; 3. высоким содержанием в крови антител к ДНК; 4. низким содержанием в крови комплемента.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

(ПК-5)

10 семестр изучения в соответствии с УП
форма промежуточной аттестации - зачет

Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами ПК-5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения ПК-5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больной 30 лет, поступил в стационар с жалобами на резкое ухудшение самочувствия. Вечером накануне 16.10.98 г. в 18.00 внезапно почувствовал себя плохо - появился озноб, резкая головная боль, поднялась температура тела до 39-40°C, появился сухой и болезненный кашель, выраженная одышка. Вскоре присоединилась боль в грудной клетке справа, усиливалась при глубоком вдохе, при кашле. В день поступления в стационар отмечает отхождение кровянистой “ржавой” мокроты. Объективно: общее состояние тяжелое. Одышка в покое с ЧД - 22 в 1 мин. При обследовании системы органов дыхания отмечается отставание в дыхании правой стороны грудной клетки; над пораженным участком легкого определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, выслушивается жесткое дыхание. Крепитация (crepitation indur) ясно определяется на высоте вдоха. Голосовое дрожание и бронхофония несколько усилены. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойный, лейкоциты - 20-3 в п/зр., эритроциты - 10-15 в п/зр., альвеолярный эпителий.

Биохимический анализ крови: альбумины - 45% - (50-61%), альфа-1-глобулины - 6,8% - (3-6%), альфа-2-глобулины - 12% - (5,8-8,9%), бета-глобулины - 14,5% - (11,0-13,0), гамма-глобулины - 30% - (15,5-21,9), фибриноген - 556 мг % (200-400 мг %), СРБ +/-.

Общий анализ крови: лейкоциты - 25x10⁹/л, СОЭ - 39 мм/час.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острая левосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония, бактериальной этиологии, остroteкущая.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и фракции, СРБ, фибриноген, анализ мокроты общий, на БК и атипичные клетки, рентгенография легких.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с острой очаговой бактериальной пневмонией.*

4. Принципы лечения:

- - антибиотикотерапия - под контролем эффективности лечения
- - отхаркивающая терапия
- - бронхолитическая терапия
- - антигистаминная терапия

2. Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ: усилился кашель, длительно держалась субфебрильная температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья. Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД - 26 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой парастернальной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс - 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, слегка болезненная, край заострен.

Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $330 \times 10^9/л$, лейкоц. - $11,0 \times 10^9/л$, эоз. - 7%, пал. - 5%, сегм. - 56%, лимф. - 26%, мон. - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1018, белок - 0,165 г/л, сахара нет, лейкоц. - 6-8 в п/зр., эр. - 4-6 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ крови на: общий белок - 68 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, альфа-1гл. - 6,6%, альфа-2-гл. - 10,0%, бета-гл. - 12%, гамма-гл. - 22,4%, ДФА - 280 ед, СРБ - умеренно положит.

Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва Е-иммуноглобулинов.

Анализ мокроты общий: прозрачная, вязкая, стекловидная лейкоц. - 20 в п/зр., эоз. - 20-35 в п/зр., спирали Куршмана++, кристаллы Шарко-Лейдена+++; БК и атипические клетки не обнаружены.

Спирография - дыхательная недостаточность III степени обструктивного типа.

Пневмотахометрия - мощность выдоха составляет 80% от мощности вдоха.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз: инфекционно-зависимая бронхиальная астма, II стадия, фаза обострения, приступный период.
2. Фоновое заболевание: хронический обструктивный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких.
3. Осложнение: дыхательная недостаточность III степени, сердечная недостаточность ПБ стадии.

4. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и белковые фракции, ДФА, СРБ, иммунологический анализ крови: Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, рентгенография легких, по показаниям - рентгенография придаточных полостей носа, ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, консультация аллерголога, ЛОР, стоматолога.*
5. *Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим обструктивным бронхитом, трахеобронхиальной дискинезией, бронхогенным раком легкого, кардиальной астмой.*
6. *Принципы лечения: терапия бронхиальной астмы складывается из: а) купирования приступа удушья или астматического состояния; б) воздействия на основные патогенетические механизмы заболевания в каждом конкретном случае.*
 - *Для купирования приступа бронхиальной астмы используют симпатомиметики, ксантиновые производные или холинолитики в виде таблеток, ингаляций или инъекций в зависимости от тяжести приступа. При отсутствии эффекта от бронхолитиков назначают глюкокортикоидные гормоны.*
 - *Глюкокортикоиды составляют основу терапии астматического статуса. Наряду с ними для купирования статуса проводят регидратационную терапию физ.раствором, 5% р-ром глюкозы, реополиглюкином. Кроме того, вводят в/в эуфиллин, гепарин, йодид натрия, 4% р-р бикарбоната натрия. При появлении симптомов застоя в малом круге кровообращения, угрожающем отеке легких вводят мочегонные препараты, сердечные гликозиды. При отсутствии эффекта в ближайшие 2-3 ч больного переводят на управляемое дыхание, производят аспирацию содержимого бронхов.*
 - *В межприступный период осуществляют лечебно-профилактические мероприятия с учетом клинко-патогенетического варианта заболевания. При инфекционно-зависимой астме - это десенсибилизация вакциной, приготовленной из флоры мокроты больного. При доказанной активности и инфекционно-воспалительного процесса - антибактериальная и иммуностимулирующая терапия (левамизол, Т-активин, нуклеинат натрия).*

3. Больной К., 58 лет, шофер, доставлен в терапевтическое отделение машиной “скорой помощи” с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног. В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина. Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо одутловатое, набухшие яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, “застывшая” в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по

срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогах отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$, Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л - $5,5 \times 10^9$, э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.

ФВД: уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ.

Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено.

Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва иммуноглобулинов Е.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, II стадия, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Легочное сердце. НК П-А. Осложнение: астматический статус I стадии.*
2. *План обследования: общий анализ крови, определение уровня IgE, анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.*
3. *Дифференциальный диагноз проводится:*
 - - с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма")
 - - с хроническим обструктивным бронхитом
 - - с кардиальной астмой
 - - с истероидным нарушением дыхания
 - - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).
4. *Тактика лечения: лечение астматического состояния I стадии - проведение гидратации в сочетании с дегидратацией, борьба с ацидозом, бронхолитическая терапия, терапия глюкокортикоидами, муколитические средства; по выведении из астматического статуса лечение обострения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.*

4. У больной Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями. Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96

в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей. ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа в пределах нормы.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8; л - $5,5 \times 10^9$, э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр., спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного дообследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма (аллергия к производственной пыли?). Обследование.*
2. *План дообследования: определение уровня IgE, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.*
3. *Дифференциальный диагноз проводится:*
 - - с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма")
 - - с хроническим обструктивным бронхитом
 - - с кардиальной астмой
 - - с истероидным нарушением дыхания
 - - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).
4. *Тактика лечения:*
 - купирование приступа удушья - ингаляция симпатомиметиков, в/в введение эуфиллина;
 - в дальнейшем по показаниям - ингаляция симпатомиметиков, применение метилксантинов, интала или задитена, муколитиков, при необходимости глюкокортикоидов.

5. Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,50 С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.

Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, лейкоц. - $15,1 \times 10^9$ /л, эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон- 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Сыворотка крови: СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/гЛ, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06%, гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.

Посев крови стерилен.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Острый диффузный инфекционно-аллергический миокардит.*
2. *Дифференциальный диагноз проводится с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, инфарктом миокарда, пороками.*
3. *План обследования включает: ЭКГ в динамике, эхокардиоскопию, кровь на СРБ, белковые фракции, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, кровь на противовирусные и противобактериальные антитела, рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, кровь на ЦИК, иммуноглобулины.*
4. *План лечения: глюкокортикоидные гормоны, НПВС, антибиотики, ингибиторы кининовой системы, средства, улучшающие метаболизм в миокарде, лечение НК, антиаритмическая терапия, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Везикулярное дыхание выслушивается на:

- 1) вдохе;
- 2) выдохе;
- 3) вдохе и первой трети выдоха; (+)
- 4) вдохе и первых двух третях выдоха;
- 5) протяжении всего вдоха и всего выдоха.

При эмфиземе легких дыхание:

- 1) везикулярное;
- 2) везикулярное ослабленное; (+)
- 3) везикулярное усиленное;
- 4) бронхиальное;
- 5) саккадированное.

3. Крепитация характерна для:

- 1) эмфиземы легких;
- 2) абсцесса легких;
- 3) крупозной пневмонии; (+)
- 4) бронхиальной астмы;
- 5) застоя крови в малом круге кровообращения.

4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

- 1) притуплённый тимпанит;
- 2) коробочный;

- 3) тимпанический;
- 4) тупой; (+)
- 5) металлический.

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

- 1) вдохе;
- 2) выдохе;
- 3) вдохе и одной трети выдоха;
- 4) протяжении всего вдоха и всего выдоха; (+)
- 5) вдохе и первых двух третях выдоха.

6. Амфорическое дыхание наблюдается при:

- 1) очаговой пневмонии;
- 2) бронхите;
- 3) бронхиальной астме;
- 4) абсцессе легкого; (+)
- 5) эмфиземе легких.

7. Ослабление голосового дрожания характерно для:

- 1) бронхоэктазов;
- 2) экссудативного плеврита; (+)
- 3) абсцесса легкого в стадии полости;
- 4) очаговой пневмонии;
- 5) крупозной пневмонии.

8. Усиление голосового дрожания типично для:

- 1) гидроторакса;
- 2) абсцесса легкого в стадии полости; (+)
- 3) закрытого пневмоторакса;
- 4) эмфиземы легких;
- 5) бронхиальной астмы.

9. Пульс *tardus* (замедленный), *parvus* (малый) характерен для:

- 1) недостаточности трехстворчатого клапана;
- 2) недостаточности митрального клапана;
- 3) недостаточности аортального клапана;
- 4) стеноза устья аорты; (+)
- 5) митрального стеноза.

10. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

- 1) недостаточности митрального клапана;
- 2) митрального стеноза;
- 3) недостаточности аортального клапана;
- 4) стеноза устья аорты;
- 5) недостаточности трехстворчатого клапана. (+)

11. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

- 1) дилатация правого предсердия;
- 2) дилатация правого желудочка; (+)
- 3) гипертрофия правого желудочка;
- 4) дилатация левого желудочка;
- 5) гипертрофия левого желудочка.

1 Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

- 1) правого предсердия;
- 2) правого желудочка;
- 3) левого предсердия;
- 4) левого желудочка; (+)
- 5) левого предсердия и правого желудочка.

13. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- 1) недостаточности митрального клапана;
- 2) митральном стенозе; (+)
- 3) недостаточности аортального клапана;
- 4) стенозе устья аорты;
- 5) недостаточности трехстворчатого клапана.

14. Для почечной колики характерны: 1.боли в поясничной области; дизурические явления; 3.положительный симптом Пастернацкого; 4.иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4. (+)

15. Односторонние боли и поясничной области характерны для:

- 1) острого гломерулонефрита;
- 2) острого цистита;
- 3) острого пиелонефрита; (+)
- 4) амилоидоза почек;
- 5) хронического гломерулонефрита.

16. Типичным при асците является:

- 1) выраженная асимметрия живота;
- 2) втянутый пупок;
- 3) симптом флюктуации; (+)
- 4) расхождение прямых мышц живота;
- 5) громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа.

17. Альбуминурия и гипопропротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- 1) острого гломерулонефрита; (+)
- 2) пиелонефрита;
- 3) почечно-каменной болезни;
- 4) цистита;

5) нефроптоза.

18. Показанием к эзофагоскопии не является:

- 1) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- 2) эзофагит;
- 3) рак пищевода;
- 4) травма грудной клетки; (+)
- 5) варикозное расширение вен пищевода.

19. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:

- 1) варикозное расширение вен пищевода;
- 2) эпилепсия;
- 3) острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов; (+)
- 4) эзофагит;
- 5) рак пищевода.

20. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии: 1.нагноительные заболевания легких; астматическое состояние; 3.центральные и периферические опухоли легких; 4.стеноз гортани; 5.профузное легочное кровотечение.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

(ПК-6)

10 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом “Межреберная невралгия”. Принимал анальгин,

горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой - акцент II тона. АД - 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж.

Эхокардиоскопия - утолщение задней стенки левого желудочка.

Общий анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,5 \times 10^9/л$, пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф, - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/ час, холестерин - 8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,6 г/л, ПТИ - 100%, время свертывания - 4 мин., сахар - 5,5 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, кальций - 2,4 ммоль/л, креатинин - 0,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1016, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд. вес - 1016-1020; дневной диурез - 800,0 мл; ночной диурез - 300,0 мл; об. диурез - 1100,0 мл.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки, Salus 1-П.

Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

1. Установите диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФКП. Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, ожирение I степени.*
2. *План дополнительного обследования: велоэргометрия, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия, общий анализ крови, анализ крови на холестерин, бета-липопротеиды, ПТИ, время свертывания, сахар, общий анализ мочи, проба по Зимницкому, анализ крови на электролиты, креатинин, консультация окулиста и невропатолога.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с межреберной невралгией, синдромом Титце, плече-лопаточным периартритом, нейро-циркуляторной дистонией по кардиальному типу, миокардитом, перикардитом.*
4. *Принципы лечения:*
 - *антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция;*
 - *терапия дезагрегантами (аспирин по 0,25 на ночь);*
 - *гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, мисклерон, липамид, пшеничные отруби);*
 - *гипотензивная терапия бета-блокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ;*
 - *седативная терапия (реланиум, седуксен).*

2. Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку.

Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8°C, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

Общий анализ крови: эр. - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - $260 \times 10^9/л$, лейкоц. - $6,0 \times 10^9/л$, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/гл, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Назначить лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая, СН ПА стадии.*
2. *План дополнительного обследования: ЭКГ, велоэргометрия (через 2 недели после госпитализации), эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной клетки; общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, СРБ, КФК, ПТИ, время свертывания, холестерин, В-липопротеиды, общий анализ мочи.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом.*
4. *Принципы лечения:*

- *антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых производных короткого действия);*
- *антикоагулянтная (гепарин) и дезагрегантная (аспирин) терапия;*
- *гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, липамид, мисклерон);*
- *терапия СН (ингибиторы АПФ, мочегонные, дигоксин в малых дозах).*

3. Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои а сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье. Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертензией и ишемической болезнью сердца. Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопноное. Одышка в покое с ЧД 28 в 1 мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в У межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны: правая - на 2,0 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - во II межреберье, левая - совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт ст Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен. Эхокардиоскопия: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $400 \times 10^9/л$, лейкоц. - $8,0 \times 10^9/л$, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,4 ммоль/л, ДФА - 200 ед., СРБ - отрицательный, об. белок - 7,8 г/л, альбумины - 57%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 10%, бета-глобулины - 9%, гамма-глобулины - 19%.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: дилатационная (застойная) кардиомиопатия, СН ПБ стадии.*
2. *План дополнительного обследования: ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи.*

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с миокардитом Абрамова-Фидлера, диффузным инфекционно-аллергическим миокардитом, постинфарктным кардиосклерозом, выпотным перикардитом.
4. Принципы лечения: симптоматическая терапия, направленная на:
 - - уменьшение признаков СН (сердечные гликозиды в малых дозах, ингибиторы АПФ, мочегонные средства, периферические вазодилататоры, бета-адреноблокаторы, средства, улучшающие метаболизм миокарда);
 - - устранение экстрасистолии (кордарон, этацизин, бета-адреноблокаторы, препараты калия);
 - - улучшение реологических свойств крови (гепарин, аспирин).

4. У больного Л., 16 лет, на мед. осмотре в военкомате выявлено повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Направлен на обследование в стационар. Предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в мин. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не пальпируются. Нижние конечности холодные, бледные, пульсация сосудов слабая.

Анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 8 мм/час, СРБ - (+), АСЛ-О - 63 ед., ДФА - 180 ед., фибриноген - 220 ед., альбумины - 60%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 10%, гамма-глобулины - 19%.

Анализ мочи: отсутствие изменений.

Глазное дно: отсутствие признаков гипертонической ангиопатии.

ФКГ: изменение амплитуды 2 тона на аорте, систолический шум на аорте ромбовидной формы.

ЭХО-КГ: признаки гипертрофии левого желудочка.

Сфигмография: увеличение объемного кровотока и артериального давления на верхних и снижение этих показателей на нижних конечностях.

Рентгенограмма - прилагается.

Аортография: сужение в области перешейка аорты.

Ультразвуковое исследование почек: отсутствие патологических изменений.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз: врожденный порок сердца. Коарктация аорты.
2. Дополнительные методы исследования: анализ крови клинический, СРБ, ДФА, АСЛ-О, фибриноген, белковые фракции сыворотки крови, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, сфигмография, рентгенологическое исследование, аортография, ультразвуковое исследование почек, консультация окулиста.
3. Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями.
4. Лечение хирургическое.

5. Больная К., 32 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение размеров живота, отеки ног. В детстве перенесла полиартрит. Два года назад появилась мерцательная аритмия. Изредка отмечается кровохарканье. Объективно: акроцианоз, "митральная бабочка", положительный венный пульс на шее, эпигастральная пульсация. Дыхание жесткое, в задне-нижних отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичный, 82 в мин. Дефицита пульса нет. Правая граница сердца на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во 2 межреберье, левая по левой срединно-ключичной линии. 1 тон на верхушке усилен, выслушивается ритм перепела, 2 тон на легочной артерии акцентирован, на верхушке выслушивается диастолический шум. У основания мечевидного отростка выслушивается систолический шум с усилением на вдохе. АД - 110/90 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен в размере за счет асцита и увеличенной печени, которая выступает на 6 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная, отмечается систолическая пульсация. Отеки ног.

Анализ крови: $4,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/час, СРБ - (-), эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л, ДФА - 220 ед., фибриноген - 250 мг%, альбумины - 56%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 19%, АСЛ-О - 220 ед.

ФКГ: изменение амплитуды 1 и 2 тонов, наличие дополнительного тона, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина, систолический шум у основания мечевидного отростка.

ЭХО-КГ: уменьшение площади левого аV отверстия. Створки МК - П-образной формы; задняя подтянута. Отмечается расширение полости левого предсердия и правого желудочка + правого предсердия. В "Д" режиме увеличение скорости МК (стенотический поток); на ТК регургитация в полость правого предсердия при закрытом ТК.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ревматизм. Неактивная фаза. Порок сердца: митральный стеноз, относительная недостаточность трикуспидального клапана. Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма. НК 2Б.*
2. *Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, белковые фракции сыворотки крови, ДФА, АСЛ-О, СРБ, фибриноген, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.*
3. *Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими приобретенными пороками сердца, врожденными пороками, кардиомиопатиями, миокардитами.*
4. *Тактика лечения: с целью устранения сердечной недостаточности и сохранения нормальной частоты сердечных сокращений следует применить сердечные гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ, препараты калия.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Сущность термина "болезненность":

1) вновь выявленные заболевания в данном году;

- 2) все заболевания, зарегистрированные в данном году; (+)
- 3) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах;
- 4) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;
- 5) длительность временной нетрудоспособности.

2. Международная классификация болезней - это:

- 1) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- 2) перечень диагнозов в определенном порядке;
- 3) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- 4) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями; (+)
- 5) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

3. Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

- 1) врач станции скорой помощи;
- 2) врач станции переливания крови;
- 3) врач бальнеолечебницы;
- 4) все ответы неверные; (+)
- 5) судебно-медицинский эксперт.

4. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

- 1) руководители ЛПУ и поликлиник;
- 2) лечащий врач самостоятельно;
- 3) лечащий врач с утверждением зав. отделением;
- 4) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ; (+)
- 5) любой врач.

5. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

- 1) несовершеннолетним детям;
- 2) при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
- 3) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
- 4) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих; (+)
- 5) при любом остром заболевании.

6. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь

- 1) в территориальной поликлинике;
- 2) в любой поликлинике населенного пункта;
- 3) в любой поликлинике Российской Федерации; (+)
- 4) в любой поликлинике субъекта Федерации;
- 5) в любом медицинском учреждении СНГ.

7. Листок нетрудоспособности не выдается:

- 1) при отпуске для санаторно-курортного лечения;
- 2) при уходе за больным членом семьи;
- 3) при карантине;
- 4) лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы; (+)
- 5) при бытовой травме;

8. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении больничного листка:

- 1) выезд в другую местность;
- 2) отказ от госпитализации; (+)
- 3) отказ от направления от МСЭ;
- 4) неявка в назначенный день на МСЭ;
- 5) явка на прием врача в состоянии опьянения.

9. Не имеет права выдачи больничного листа врач:

- 1) военного госпиталя;
- 2) приемного отделения больницы;
- 3) скорой помощи; (+)
- 4) травматического пункта (поликлиники);
- 5) участковый терапевт.

10. Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан больничный лист трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:

- 1) колоноскопия; (+)
- 2) дуоденальное зондирование;
- 3) рентгеноскопия грудной клетки;
- 4) подбор контактных линз;
- 5) ЭХО-КГ.

11. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:

- 1) лечащий врач;
- 2) заведующий отделением;
- 3) заместитель главного врача по КЭР;
- 4) врачебная комиссия; (+)
- 5) главный врач.

12. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска: выдается больничный лист; 2. выдается справка произвольной формы; 3. продлевается больничный лист; 4. никакой документ не выдается.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильный ответ 1 и 3;
- 3) если правильный ответ 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

13. Не имеют права на получение листа нетрудоспособности:

- 1) временно работающие пенсионеры по возрасту;
- 2) работающие инвалиды;
- 3) граждане СНГ, работающие в РФ
- 4) уволенные с работы; (+)
- 5) безработные граждане, состоящие на учете в органах труда и занятости населения.

14. При заболеваниях лечащий врач имеет право выдачи листа нетрудоспособности единолично и одновременно на срок:

- 1) до 3 дней;
- 2) до 5 дней;
- 3) до 7 дней;
- 4) до 10 дней; (+)
- 5) до 30 дней.

15. Максимальный срок, на который врач может единолично продлевать лист нетрудоспособности, составляет:

- 1) 7 дней;
- 2) 10 дней;
- 3) 15 дней (+)
- 4) 30 дней;
- 5) 45 дней.

16. Застрахованными лицами являются:

- 1) граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ;
- 2) иностранные граждане;
- 3) лица без гражданства;
- 4) лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
- 5) все перечисленное верно. (+)

17. Застрахованные лица имеют право на:

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС;
- 2) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- 3) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС;
- 4) все перечисленное верно; (+)
- 5) все перечисленное неверно.

18. Застрахованные лица по ОМС имеют право на:

- 1) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС в порядке,

установленном правилами ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

2) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством РФ;

3) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством РФ;

4) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

5) все перечисленное верно. (+)

19. Виды медицинской помощи, которые не предоставляются бесплатно в рамках программы государственных гарантий:

1) скорая медицинская помощь;

2) первичная медико-санитарная помощь;

3) медико-психологическая помощь; (+)

4) специализированная медицинская помощь;

5) все предоставляются бесплатно.

20. Как часто гражданин РФ имеет право на смену медицинского учреждения или лечащего врача:

1) ежемесячно;

2) 1 раз в полгода;

3) 1 раз в год; (+)

4) у гражданина РФ нет такого права;

5) ежеквартально.

(ОПК-4)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной П., 45 лет, при обращении к врачу предъявлял жалобы на головокружение, боли сжимающего характера в области сердца при физической нагрузке, одышку при ходьбе, дважды наблюдался кратковременный обморок.

При объективном обследовании обращает на себя внимание бледность кожных покровов лица, пульсация сосудов шеи; левая граница сердца в У! межреберье на 2 см кнаружи от левой сосковой линии, правая по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке ослаблен, П тон во втором межреберье справа от грудины акцентирован, там же выслушивается диастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины к верхушке.

Пульс высокий и скорый, 120 уд. в мин. АД - 150/60 мм рт. ст. Дыхание в легких с жестким оттенком, ЧДД - 20 в мин. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Анализ крови: лейкоц. - $6,0 \times 10^9/\text{л}$, эр. - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ - 10 мм/час, СРБ - (+), ДФА - 200 ед., АСЛ-О - 63 ед., реакция Вассермана - (+), РИТ - (++) , А - 55%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 20%, формоловая проба - (-), стерильность - (-).

ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке; диастолический шум во II межреберье справа от грудины.

ЭХО-КС: стенки аорты АК уплотнены. Полость левого желудочка расширена. Митральный клапан сепарирован. На передней створке МК - flutter. Межжелудочковая перегородка (МЖП) и задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) гиперкинетичны. В дальнейшем - утолщение МЖП и ЗСЛЖ. В "Д" режиме патологический кровоток в ВТЛЖ в диастолу.

Консультация дермато-венеролога: наличие в анамнезе признаков перенесенного сифилиса.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: третичный сифилис. Сифилитический мезоартрит. Недостаточность аортального клапана. НК - ПА.*
2. *Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, СРБ, АСЛ-О, ДФА, фибриноген, белковые фракции сыворотки, реакция Вассермана, РИТ, кровь на стерильность, формоловая проба.*
3. *Инструментальные методы: ЭКГ. ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, консультация дерматовенеролога.*
4. *Дифференциальную диагностику следует проводить с аортальной недостаточностью другой этиологии (ревматизм, бактериальный эндокардит), необходимо исключить другие приобретенные пороки сердца (аортальный стеноз, митральные миокардиты, кардиомиопатию, ишемическую болезнь сердца).*
5. *Тактика лечения: следует проводить специфическую антибактериальную терапию с участием дерматовенеролога, а также лечение, направленное на устранение признаков сердечной недостаточности и нарушения питания миокарда (нитраты, бета-блокаторы, сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ).*

2. У больной Н., 25 лет, на мед. осмотре выявлен шум при аускультации сердца. Жалоб не предъявляет, считала себя здоровой. При опросе выяснилось, что в возрасте 10 лет перенесла полиартрит, лечилась домашними средствами. Неоднократно болела ангинами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра, левая на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии в У межреберье. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дуящего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: лейкоциты - $5,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ - 8 мм/час, СРБ - (-), ДФА - 180 ед., фибриноген - 300 мг%, АСЛ-О - 63 ед., альбумины - 60%, альфа-1-глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 13%, гамма-глобулины - 16%.

ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке, там же регистрируется систолический шум.

ЭХО-КГ: створки МК уплотнены; задняя створка в противофазе, гиперкинезия передней створки МК. Отмечается расширение полости левого предсердия (л пр > аорта), расширение полости левого желудочка (ЛЖ). Выявляется умеренная гиперкинезия межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), как перегрузка объемом. В "Д" режиме - патологический сброс крови в полость левого предсердия в систолу ЛЖ.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ревматизм. Неактивная фаза. Порок сердца: недостаточность митрального клапана. НК - О.*
2. *Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, СРБ, ДФА, фибриноген, АСЛ-О, белковые фракции сыворотки крови. Инструментальные методы: ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.*
3. *Дифференциальная диагностика должна проводиться с функциональными шумами сердца, пролабсом митрального клапана, другими приобретенными и врожденными пороками, миокардитом, кардиомиопатией.*
4. *Тактика лечения: в компенсированной стадии митральной недостаточности при отсутствии активности ревматического процесса больная нуждается в диспансерном наблюдении у ревматолога. При развитии в последующем сердечной недостаточности следует применять общепринятые методы лечения НК: ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, диуретики и т.д.*

3. У больного П., 38 лет, повысилась температура тела до 39°C. Назначенная противовоспалительная терапия в течение двух недель положительного эффекта не дала.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, влажные. Перкуторно в нижних отделах легочный звук с тимпаническим оттенком. При аускультации дыхание ослаблено с обеих сторон. В межлопаточном пространстве выслушиваются сухие хрипы. Анализ крови: л - $9,0 \times 10^9/\text{л}$, лимф. - 10%, м - 12%, СОЭ - 45 мм/час. Реакция Манту с 2 ТЕ - отр. БК в мокроте не найдены.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: милиарный туберкулез легких.*
2. *План дообследования: а) томографическое обследование, б) бронхоскопия.*
3. *Дифференциальная диагностика:*
 - а) саркоидоз II ст.,
 - б) мелкоочаговая пневмония
 - в) карциноматоз
 - г) пневмокониоз

4. Участковый врач-педиатр, 25 лет, заболела неделю тому назад: повысилась температура тела до 37,8°C, появилась припухлость на шее. Поставлен диагноз: ОРЗ, шейный лимфаденит. Назначено лечение эритромицином, согревающий компресс на шею. На фоне лечения повысилась температура тела до 39,0°C, появилась резкая головная боль, многократная рвота, менингеальный синдром. Проба Манту - папула 23 мм. Год назад был контакт с больным открытой формой туберкулеза.

1. Наиболее вероятные заболевания.
2. Какие необходимо провести дополнительные обследования в первую очередь.
3. Определить лечебную тактику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: туберкулез периферических шейных лимфоузлов. Туберкулезный менингит.*
2. *Дополнительное обследование:*
 - спинномозговая пункция
 - гистологическое исследование шейного лимфоузла
 - томографическое исследование легких
 - общеклинические исследования крови
 - повторная рентгенография легких через 7-10 дней.
3. *Тактика лечения:*
 - - длительная адекватная противотуберкулезная терапия
 - - дегидратационная терапия

5. Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.

Анализ крови: э - $4,8 \times 10^{12}$, Нв - 142 г/л, л - $9,2 \times 10^9$, п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: подострый диссеминированный туберкулез легких.*
2. *План дополнительного обследования: ан. мокроты и мочи на МБТ методом посева, общий анализ мочи, консультация отоларинголога, томографическое исследование легких, туберкулиновые пробы, бронхоскопия.*
3. *В пользу туберкулезной этиологии процесса свидетельствует: нерезко выраженные проявления клинических симптомов, характерная рентгенологическая картина: наличие очагов полиморфного характера в обоих легких, умеренные изменения в картине крови.*
4. *Больному показано лечение антибактериальными препаратами: изониазид, стрептомицин, этамбутол, тизамид через день.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:
 - 1) артериолы и капилляры; (+)
 - 2) сосуды среднего калибра;
 - 3) сосуды любого диаметра;
 - 4) крупные сосуды;
 - 5) венозные сосуды.
2. Повышенная подвижность в суставах выявляется при
 - 1) синдроме Рейтера
 - 2) анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)
 - 3) синдроме Марфана(+)
 - 4) ревматоидном артрите
 - 5) острой ревматической лихорадке
3. Критериями остеопороза по ВОЗ, полученными при DEXA являются
 - 1) T-критерий до $(-1)SD$
 - 2) T-критерий от $(-1)SD$ до $(-2,5)SD$
 - 3) T-критерий меньше $(-2,5)SD(+)$
 - 4) T-критерий менее $(-2,5)SD$ в сочетании хотя бы с одним переломом
 - 5) T-критерий менее $(-3,5)SD$.
4. Азатиоприн применяется при: 1. ревматоидном артрите; 2. системной красной волчанке; 3. болезни Шегрена; 4. дерматомиозите.
 - 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2 и 4. (+)
5. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отёчность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:
 - 1) ревматоидный артрит;
 - 2) системная красная волчанка; (+)
 - 3) реактивный артрит;
 - 4) ревматизм;
 - 5) системная склеродермия.
6. Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:
 - 1) длительная воспалительная активность процесса; (+)
 - 2) большая суммарная доза глюкокортикостероидов;

- 3) длительный прием цитостатиков;
- 4) длительные периоды без лечения;
- 5) сопутствующие заболевания почек.

7. К "большим" критериям ревматической лихорадки принадлежат: 1. кардит; 2. хорея; 3. полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. (+)

8. У больной, 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- 1) пальпаторная болезненность в области трохантера;
- 2) ограничение ротации бедра на пораженной стороне; (+)
- 3) укорочение правой ноги на 4 см;
- 4) положительный симптом Лассега справа;
- 5) положительный симптом Кушелевского.

9. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- 1) шейного отдела;
- 2) поясничного отдела;
- 3) крестцово-подвздошных суставов; (+)
- 4) грудного отдела;
- 5) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.

10. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

- 1) ирит и иридоциклит;
- 2) склерит;
- 3) конъюнктивит; (+)
- 4) блефарит;
- 5) катаракта.

11. Селективным ингибитором ЦОГ I является:

- 1) мелоксикам;
- 2) диклофенак;
- 3) ацетилсалициловая кислота в больших дозах;
- 4) целекоксиб;
- 5) ацетилсалициловая кислота в малых дозах. (+)

12. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления: 1. менингоэнцефалит; 2. лекарственная нейропатия; 3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артрит; 4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. Кератодермия характерна для:

- 1) синдрома Рейтера(+)
- 2) болезни Бехтерева
- 3) деформирующего остеоартроза
- 4) болезни Крона
- 5) ревматоидного артрита

14. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

- 1) гемофилической артропатии;
- 2) псевдоподагре;
- 3) псориатическом артрите; (+)
- 4) ревматоидном артрите;
- 5) ревматизме.

15. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:

- 1) лихорадка, озноб;
- 2) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- 3) синовиальная жидкость - высокий цитоз, 90% нейтрофилов;
- 4) полиартрит; (+)
- 5) рентгенологическая картина - деструкция хряща, кости.

16. У мужчины средних лет возник острый артрит голеностопного сустава с развитием пика боли в первые часы. Выберите наиболее важный анамнестический фактор, который позволяет установить диагноз подагры:

- 1) злоупотребление алкоголем;
- 2) случай подобного приступа в прошлом с быстрым обратным развитием; (+)
- 3) случайный половой контакт за неделю до заболевания;
- 4) склонность к мясной диете;
- 5) травма.

17. Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов по Рускеваерт:

- 1) в области крестца;
- 2) в области разгибательной поверхности локтевого сустава;
- 3) в области коленных суставов;
- 4) хрящи носа;
- 5) ушная раковина. (+)

18. Поражение глаз в виде увеитов и иритов более характерны для

- 1) болезни Бехтерева(+)
- 2) ревматоидного артрита взрослых
- 3) склеродермии
- 4) узелкового периартериита

19. Рациональная медикаментозная терапия первичного остеоартроза включает следующие препараты: 1. нестероидные противовоспалительные препараты; 2. локальное введение глюкокортикостероидов при рективном синовите; 3. хондропротекторы; 4. только анальгетики.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. Какой рентгенологический признак характерен для пирофосфатной артропатии:

- 1) эрозирование суставных поверхностей
- 2) остеопороз
- 3) субкортикальные кисты
- 4) хондрокальциноз (+)

(ПК-1)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^9$, Нв - 130 г/л, л - $8,0 \times 10^9$, п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.
2. Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.
3. Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Прежде всего, в данной ситуации, необходимо составить дифференциально-диагностический ряд из наиболее часто встречающихся заболеваний. Сюда надо*

отнести: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронический абсцесс, распадающийся рак легкого. У данного больного имеет место фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Об этом свидетельствуют:

- перенесенный экссудативный плеврит в анамнезе и выявленный 14 месяцев назад диссеминированный туберкулез легких с абациллированием;*
 - формирование итогового процесса в результате длительного неэффективного лечения в стационаре и санатории АБ препаратами;*
 - характерная рентгенологическая картина:*
 - локализация полости во II сегменте*
 - характер полости - толстые стенки*
 - полость располагается на фоне фиброза легочной ткани*
 - наличие плотных очагов бронхогенной диссеминации*
- 2. Больной будет наблюдаться по I А гр. ДУ (БК+). Ему будет продолжен амбулаторно основной курс лечения двумя АБП интермитирующим методом и проводиться рентген-контроль через каждые 3 месяца. Участковый врач-терапевт имеет сведения о наличии на участке данного больного- бацилловыделителя. Учитывая количество контактов в эпид. очаге и при их обращении в поликлинику проявляет фтизиатрическую настороженность.*
 - 3. Совместно с эпидемиологом и врачом фтизиатром посещает эпид. очаг сразу после его выявления и участвует в составлении плана его оздоровления.*

2. При посещении врачом на дому больного С., 62 лет, предъявлял жалобы на интенсивные сжимающие боли за грудиной, сопровождающиеся чувством страха смерти, резкую слабость, перебои в работе сердца.

Месяц назад обращался в поликлинику по поводу учащения и усиления сжимающих болей за грудиной, связанных с физической нагрузкой. По результатам объективного обследования и ЭКГ была диагностирована стенокардия, артериальная гипертензия, назначен сустонит-форте по 1 табл. х 2 раза в день, адельфан по 1 табл. х 3 раза в день. Отмечал улучшение состояния. Однако сегодня утром состояние резко ухудшилось, резкие боли за грудиной держались более 40 минут, появилась выраженная слабость, холодный липкий пот, одышка, сердцебиение. Принимал нитроглицерин со слабым эффектом.

При объективном обследовании: состояние тяжелое. Лежит в постели неподвижно. Кожа с бледновато-серым оттенком, влажная, холодная. ЧДД - 22 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца глухие, аритмичные с единичными экстрасистолами. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Последний раз мочился 4 часа назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача после установления диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: ИБС: острый инфаркт миокарда. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.*
2. *Последовательность действий участкового врача:*
 - позвонить по телефону 03 на станцию скорой медицинской помощи и сделать вызов специализированной кардиологической бригады к больному*

- *написать направление на госпитализацию с указанием жалоб, данных клинического обследования и показателей гемодинамики*
- *позвонить в приемное отделение стационара и предупредить о предстоящей госпитализации тяжелого больного*
- *до приезда скорой помощи облегчить состояние больного:*
 - *- успокоить больного и родственников*
 - *- обеспечить доступ свежего воздуха*
 - *- поставить горчичники на область сердца и грудины*
 - *- решить вопрос о необходимости повторной дачи нитроглицерина*
 - *- при наличии сумки-укладки и медикаментозных средств начать посиндромную терапию, направленную на ликвидацию болевого синдрома и профилактику кардиогенного шока, признаков острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений ритма и тромбоэмболических осложнений.*

3. Больной К., 40 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на повышение температуры до 38 °С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость.

Считает себя больным в течение недели, когда усилился кашель, появилась одышка при ходьбе, температура во второй половине дня. Из перенесенных заболеваний отмечает острую пневмонию 2 года назад, хронический гастрит в течение 10 лет.

Курит до 1,5 пачек в день, алкоголь употребляет. Месяц назад вернулся из заключения, не работает.

При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы влажные, на левой щеке румянец. Температура 37,3 °С. Пальпируются подмышечные лимфоузлы, подвижные, безболезненные, 0,5 х 1,0 см. ЧДД 20 в минуту. Отмечается укорочение перкуторного звука над левой верхушкой, там же дыхание с бронхиальным оттенком, единичные сухие хрипы. Над остальной поверхностью дыхание смешанное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, ритмичны. Пульс - 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 130/80 мм рт. ст.. Язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: подозрение на острую левостороннюю пневмонию.*
2. *Дифференциальный диагноз следует проводить с обострением хронического бронхита, туберкулезом легких, обострением пневмонии, опухолью легкого.*
3. *Больной нуждается в срочном обследовании:*
 - *флюорография органов грудной клетки*
 - *общий анализ крови*
 - *общий анализ мочи*
 - *общий анализ мокроты +БК+атипические клетки.*

4. На амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники больная М., 57 лет, жаловалась на постоянную сухость во рту, жажду, общую слабость, раздражительность, боли в суставах нижних конечностей при ходьбе.

Считает себя больной в течение полугода, когда стала отмечать постепенно нарастающую слабость, периодические боли в области сердца и головные боли. Обращалась к участковому врачу, была диагностирована артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга. Прошла месячный курс медикаментозного лечения раувазаном и циннаризином с хорошим эффектом. За последний месяц состояние больной ухудшилось: появилась жажда, слабость, боли в суставах. Работала поваром в детских учреждениях, в настоящее время на пенсии. 10 лет назад диагностирован хронический гастрит с секреторной недостаточностью. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, сухая. Больная повышенного питания (рост 155, масса 83 кг). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца на верхушке приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс - 64 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Голени пастозны. При активных движениях в коленных суставах хруст, ограничения подвижности нет. По данным амбулаторной карты по поводу заболевания желудка прошла год назад (РН - метрия, Ro - скопия желудка), выявлена гипоацидное состояние.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: подозрение на сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий артроз коленных суставов НФС О стю Ожирение 2 степени.*
2. *Дифференциальный диагноз следует проводить между гипертонической болезнью и симптоматическими артериальными гипертензиями, опухолью желудка, поджелудочной железы, хроническим панкреатитом.*
3. *На поликлиническом этапе больная нуждается в обследовании:*
 - *общий анализ крови*
 - *общий анализ мочи*
 - *анализ крови на глюкозу*
 - *копрограмма*
 - *флюорография органов грудной клетки*
 - *ЭКГ*
 - *осмотр гинеколога*
 - *осмотр окулиста.*

5. 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 реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $\leq 7\%$. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.
2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c $\leq 7\%$, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².
3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.
5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Наибольшим "волемическим коэффициентом" (при переливании одного и того же объема увеличивает на большую величину объем циркулирующей крови) обладает:
 - 1) полиглобулин;
 - 2) реополиглобулин; (+)
 - 3) гемодез;

- 4) сухая плазма;
- 5) желатиноль.

2. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

- 1) коллапс легкого;
- 2) наличие воздуха в плевральной полости; (+)
- 3) смещение средостения в здоровую сторону;
- 4) повышение прозрачности легочного поля;
- 5) исчезновение сосудистого рисунка.

3. Для выраженной гипоксической (экзогенной) гипоксии характерны: 1. нарушение сознания; 2. цианоз кожных покровов; 3. снижение альвеолярного pO_2 ; 4. снижение артериального pO_2 .

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

4. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:

- 1) 70%;
- 2) 80%;(+)
- 3) 90%;
- 4) 100%;
- 5) 60%.

5. У пациентов с не леченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

- 1) только потеря воды;
- 2) только потеря натрия;
- 3) только потеря и натрия, и воды;
- 4) гипокалиемия; (+)
- 5) нарушение кислотно-основного состояния.

6. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

- 1) норадреналин;
- 2) преднизолон;
- 3) хлористый кальций;
- 4) димедрол;
- 5) адреналин. (+)

7. После первичной остановки сердца сознание исчезает через:

- 1) 10 сек; (+)
- 2) 30 сек;
- 3) 60 сек;
- 4) 3 мин;

5) 5 мин.

8. При открытом пневмотораксе на грудную стенку накладывается:

- 1) давящая повязка;
- 2) фиксирующая повязка;
- 3) окклюзионная повязка; (+)
- 4) крестообразная повязка;
- 5) спиральная повязка.

9. При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:

- 1) давящую повязку;
- 2) гемостатическую губку;
- 3) пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков; (+)
- 4) максимальное сгибание головы;
- 5) перевязку артерии.

10. Для остановки носового кровотечения у больного с гемофилией следует: 1. ввести в носовой ход ватный тампон, смоченный раствором перекиси водорода; 2. применить заднюю тампонаду носа; 3. применить переднюю тампонаду носа; 4. применить переднюю и заднюю тампонаду носа.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 1 и 2;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильны ответы 1 и 4.

11. При переломах бедра, осуществляя транспортную иммобилизацию, следует:

- 1) обездвижить коленный и тазобедренный суставы;
- 2) обездвижить голеностопный и коленный суставы;
- 3) обездвижить коленный сустав;
- 4) обездвижить голеностопный, коленный и тазобедренный суставы; (+)
- 5) ограничиться наложением импровизированной шины от тазобедренного до коленного сустава.

12. При переломах костей таза транспортная иммобилизация заключается в:

- 1) наложении шины Дитерихса;
- 2) укладывании больного на щит и подкладывании жесткого валика под поясницу;
- 3) укладывании больного на спину с согнутыми и разведенными бедрами и подкладывании в подколенные области валика из одеяла, подушки, одежды; (+)
- 4) укладывании больного на щит и фиксации к последнему;
- 5) укладывании больного на щит и наложении шины Дитерихса.

13. Показанием к венесекции является:

- 1) необходимость длительного введения лекарственных средств внутривенно;
- 2) клиническая смерть;
- 3) необходимость переливания крови;
- 4) техническая невозможность венепункции; (+)
- 5) наличие келлоидных рубцов на верхних конечностях.

14. Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является:

- 1) коллапс;
- 2) высокая температура тела;
- 3) учащенный пульс;
- 4) сухой кашель;
- 5) застойные явления в малом круге кровообращения. (+)

15. При определении группы крови оказалась положительной реакция изогемагглютинации со стандартными сыворотками 0 (I) и B (III) групп. Следовательно, исследуемая кровь относится к группе:

- 1) 0(I);
- 2) A(II); (+)
- 3) B(III);
- 4) AB(IV);
- 5) подобная реакция невозможна.

16. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

- 1) сывороткой донора и кровью реципиента;
- 2) сывороткой реципиента и кровью донора; (+)
- 3) форменными элементами крови реципиента и кровью донора;
- 4) форменными элементами крови донора и кровью реципиента;
- 5) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента.

17. Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются: 1. отсутствие спонтанного дыхания; 2. клапанный пневмоторакс; 3. клиническая смерть; 4. тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Непрямой массаж сердца у взрослых проводится в ритме:

- 1) 10-20 надавливаний в минуту;
- 2) 30-50 надавливаний в минуту;
- 3) 60-80 надавливаний в минуту; (+)
- 4) 120 надавливаний в минуту;
- 5) свыше 120 надавливаний в минуту.

19. При выполнении реанимационных мероприятий соотношение вдохов с непрямой массажем сердца должно быть:

- 1) 1: 2;
- 2) 1: 5;
- 3) 2: 10;
- 4) 2: 20;
- 5) 2: 30. (+)

20. Критерием эффективности непрямого массажа сердца является: 1. костная крепитация ребер и грудины; 2. появление пульсации на сонных артериях; 3. максимальное расширение зрачков; 4. сужение зрачков.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

(ПК-2)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,0°С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$, Нв - 140 г/л, л - 12×10^9 , п - 2, с - 80, л - 12, м - 6, СОЭ - 38 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: левосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.*

2. *План обследования:*
 - *плевральная пункция; клеточный состав экссудата может быть лимфоцитарным, содержание белка больше 30 г/л;*
 - *туберкулиновые пробы могут быть с повышенной чувствительностью к туберкулину;*
 - *рентгеномография после эвакуации экссудата;*
 - *плевроскопия может выявить макроскопические и микроскопические данные в пользу предварительного диагноза.*
3. *Дифференциальная диагностика проводится с неспецифическим плевритом. В пользу туберкулезной этиологии свидетельствует:*
 - *постепенное развитие заболевания с симптомами туберкулезной интоксикации;*
 - *молодой возраст больной;*
 - *отсутствие эффекта от неспецифического лечения;*
 - *характер гемограммы.*
4. *До получения первых результатов обследования назначить лечение антибиотиками широкого спектра действия.*

2. Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии. Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см². Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.*
2. *Дифференциальный диагноз следует проводить с вазоренальной гипертензией, заболеванием почек с артериальной гипертензией, феохромоцитомой, болезнью Кона, неспецифическим аорто-артериитом, облитерирующим тромбангитом, узелковым периартериитом.*
3. *На поликлиническом этапе больной нуждается в обследовании:*

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) флюорография органов грудной клетки
- г) ЭКГ
- д) осмотр окулиста
- е) анализ крови на СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, общий белок, белковые фракции
- ж) контроль АД в течение суток
- з) УЗИ органов брюшной полости.

3. Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямого билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.*
2. *Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз*

эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железodefицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железodefицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железodefицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика *H. pylori*; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.
4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железodefицитной анемии. Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения.

4. Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюснефаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание.

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом. Мать страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

Состояние удовлетворительное Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. 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 1,73м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

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. Сформулируйте принципы профилактики для пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).*
2. *Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (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 плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевой кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ ($>35,59$ кг/м²). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.*
3. *Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.*
4. *Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска*

(уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

5. Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры.

5. Больная Н. 41 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании.

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

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

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических 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.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Фолликулярная ангина. Диагноз поставлен на основании:
 - жалоб (повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании);
 - анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, симптомами интоксикации и местными симптомами - боли в горле при глотании);
 - данных объективного исследования (поражение глоточных миндалин: гиперемия, отёчность (больше справа), множественные гнойные фолликулы; местная лимфаденопатия: подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями).
2. Дифтерия. Отличием дифтерии от ангины является наличие на миндалинах налёта, плотно прилегающего к тканям и трудно снимающегося шпателью. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых с миндалин.

Инфекционный мононуклеоз. При этом заболевании характерно наличие атипичных мононуклеаров в крови, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии.

3. *Местная терапия: промывание миндалин, орошение ротоглотки антисептиками (например, Гексетидин по 1 впрыскиванию утром и на ночь после еды), полоскание горла антисептиками (например, Хлоргексидином). Системное лечение: антибиотики широкого спектра: первый ряд - ингибиторзащищенные пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 мг 2 раза в день внутрь; второй ряд - макролиды 2 или 3 поколения, например, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь; жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).*
4. *Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции, дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, с ангиной на фоне заболеваний крови); общий анализ мочи (для выявления такого осложнения ангины как гломерулонефрит); бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией).*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:

- 1) параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами); (+)
- 2) эритема на открытых участках кожи;
- 3) пойкилодермия;
- 4) алопеция;
- 5) синдром Рейно.

2. Для ревматической полимиалгии характерно: 1. анемия; 2. боль в плечевом и/или тазовом поясе; 3. значительное увеличение СОЭ; 4. возраст больного старше 40 лет.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

3. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- 1) гепатотоксические;
- 2) нефротоксические;
- 3) гематологические;
- 4) кожные;
- 5) желудочно-кишечные. (+)

4. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности: 1. креатинфосфокиназы; 2. аминотрансфераз; 3. альдолазы; 4. лактатдегидрогеназы.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

5. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- 1) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- 2) ульнарная девиация; (+)
- 3) в виде "шеи лебедя";
- 4) в виде "бутоньерки";
- 5) в виде "молоткообразного пальца".

6. К системным проявлениям ревматоидного артрита относятся: 1. Ревматоидные узелки;

2. Язвенно-некротический васкулит; 3. Нейропатия; 4. Сухой синдром; 5. Васкулит сетчатки.

- 1) Верно 1, 2 и 3
- 2) Верно 1, 3 и 4
- 3) Верно 2, 3 и 5
- 4) Верно 1, 4 и 5
- 5) Всё перечисленное верно (+)

7. Ревматоидный фактор представляет собой

- 1) b-макроглобулин
- 2) Антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM (+)
- 3) Антитело к синовиальной оболочке
- 4) Антитело к Shared epitop (общему эпитопу)
- 5) Антитело к артритогенному пептиду

8. К характерным для ревматоидного артрита рентгенологическим признакам относятся: 1. околосуставной остеопороз; 2. узурация суставных поверхностей эпифиза; 3. кисты в эпифизах; 4. сужение суставной щели.

- 1) если правильны ответы 1, 2; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

9. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является: 1. наличие сакроилеита; 2. асимметричный артрит периферических суставов; 3. тенденция к семейной агрегации; 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей; 5. частая ассоциация с HLA B27.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4 и 5;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. (+)

10. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- 1) ирит и иридоциклит; (+)
- 2) склерит;
- 3) конъюнктивит;
- 4) блефарит;
- 5) катаракта.

11. Сакроилеит встречается при: 1. синдроме Рейтера; 2. псориатическом артрите; 3. болезни Бехтерева; 4. неспецифическом язвенном колите.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

12. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:

- 1) тест муцинового сгустка;
- 2) определение глюкозы в синовиальной жидкости;
- 3) определение комплемента в синовиальной жидкости;
- 4) микроскопическое исследование синовиальной жидкости; (+)
- 5) клинический анализ крови.

13. Диетотерапия подагры включает: 1. ограничение суточного потребления белков; 2. малокалорийную диету; 3. ограничение потребления бобовых; 4. ограничение спиртных напитков.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. Характерным признаком двухстороннего коксартроза является: 1. протрузия вертлужных впадин; 2. укорочение нижних конечностей; 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме; 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. Узелки Бушара – это костные утолщения:

- 1) пястнофаланговых суставов
- 2) дистальных межфаланговых суставов кисти
- 3) плюснефаланговых суставов
- 4) проксимальных межфаланговых суставов кисти (+)
- 5) проксимальных межфаланговых суставов стопы

16. Для ревматического перикардита характерно: 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата); 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически; 3. инфарктоподобная ЭКГ; 4. ослабление тонов сердца.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

17. Ревматическая лихорадка вызывается

- 1) стафилококком
- 2) бета-гемолитическим стрептококком группы С
- 3) пневмококком
- 4) бета-гемолитическим стрептококком группы А (+)
- 5) возбудитель не известен

18. При системной красной волчанке выявляется: 1. серопозитивность по ревматоидному фактору; 2. снижение уровня комплемента по СН50; 3. ложноположительная реакция Вассермана; 4. антитела к нативной ДНК.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 2, 3 и 4. (+)

19. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят: 1. при торпидном течении болезни; 2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков; 3. высокой активности люпус-нефрита; 4. высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 2, 3 и 4. (+)

20. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- 1) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- 2) цианозом дистальных отделов конечностей;
- 3) "побелением" пальцев кистей и стопов в результате вазоконстрикции; (+)
- 4) парестезиями по всей руке, ноге;
- 5) реактивной гиперемией кожи стоп.

(ПК-3)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность

Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
--	---

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка.

Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно обнаружены БК методом Циля-Нильсона.

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.
2. Обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Дифференциально-диагностический ряд:*
 - - хронический абсцесс легкого
 - - поликистоз легкого
 - - бронхоэктатическая болезнь
 - - фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
2. *Предварительный диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. За этот диагноз свидетельствуют:*
 - - нахождение МБТ в мокроте;
 - - отсутствие катаральных явлений в легких в зоне заметного притупления легочного звука и измененного дыхания;
 - - умеренные изменения в общем анализе крови, в частности умеренный лейкоцитоз;
 - - рентгенологическая картина - уменьшенная за счет фиброза верхняя доля, в зоне которой определяются кольцевидные тени с толстыми стенками.
3. *Для уточнения диагноза необходимо:*

- исследование мокроты на МБТ методом посева;
 - провести диагностическую бронхоскопию с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;
 - по возможности провести компьютерную томографию легких.
4. Тактика лечения:
- - больной должен быть госпитализирован в стационар противотуберкулезного диспансера;
 - - необходима антибактериальная терапия - не менее чем 3-мя АБП;
 - - при отсутствии рентгенологической динамики через два месяца консервативного лечения, больному необходимо предложить оперативное лечение- резекцию верхней доли правого легкого.

2. Больная И., 25 лет, доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Сознание заторможено, выражена адинамия. Кожные покровы очень смуглые, сухие. Отмечается выраженная пигментация в области послеоперационных рубцов (аппендэктомия, внематочная беременность), шеи, сосков молочных желез. ЧСС - 90 в минуту. АД - 60\35 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, 18 в минуту. Частая рвота. Живот мягкий, нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Дважды за сутки жидкий стул, температура тела - 35,5 С.

В анамнезе - туберкулез легких, хронический тонзиллит. В течение последнего года отмечает нарастающую слабость, головные боли, быструю утомляемость, похудание на 8 кг. Состояние ухудшалось после психотравмы.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Болезнь Аддисона. Аддисонический криз, желудочно - кишечная форма.
2. Дообследование:
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) электролиты крови (Na, K)
 - 4) вычислить коэффициент Na: K = 128: 6 = 21 (в норме = 30)
 - 5) определить pH крови (наклонность к ацидозу)
 - 6) гематокрит (возможно сгущение крови)
 - 7) анализ крови на АКГГ, кортизол, альдостерон
 - 8) флюорография
 - 9) УЗИ органов брюшной полости (в т.ч. надпочечников)
 - 10) ЭКГ
3. Дифференциальный диагноз- с комами другой этиологии
4. Лечение:
 - заместительная терапия
 - а) глюкокортикоиды - преднизолон сразу в/в 30 мг, либо гидрокортизон в/в 75 мг с последующим введением их в/в капельно под контролем АД;
 - б) минералокортикоиды - ДОКСА по 1 мл в/в каждые 12 часов;
 - -регидратационная терапия

- - для ликвидации тканевой гипоксии: в\в унитиол 10%-10 мл с одновременной оксигенацией
- - при неукротимой рвоте, обезвоживании через 30 минут от начала введения изотонического раствора натрия хлорида в\в ввести 10 мл 10% р-ра натрия хлорида + 40-50 мл 40% глюкозы
- - лечение сосудистой недостаточности: мезатон в\в, в\м, адреномиметики, к р-рам добавляют 500 мг аскорбиновой кислоты, 100 мг кокарбоксилазы
- - сердечные гликозиды по показаниям. Терапия проводится до полного выведения больного из криза.
- При неадекватной заместительной терапии прогноз неблагоприятный.

3. Больная В., 30 лет, работает учителем. Обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, сердцебиение, раздражительность, дрожание всего тела, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Больная суетлива, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой (симптом «заходящего солнца»). Отмечается лабильность настроения. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД - 160\50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное. Месячные отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Определить трудоспособность.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: диффузный токсический зоб III степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести.*
2. *Диагностика:*
 - *определение Т3, Т4, ТТГ радиоиммунным методом;*
 - *общий анализ крови;*
 - *тест захвата йода щитовидной железой;*
 - *УЗИ щитовидной железы;*
 - *радиоизотопное сканирование щитовидной железы*
3. *Дифференциальная диагностика с нейро-циркуляторной дистонией, гипертонической болезнью.*
4. *Лечение: консервативная терапия:*
 - *- тиреостатики (мерказолил)*
 - *- глюкокортикоиды (преднизолон)*
 - *- бета-блокаторы*
 - *- анаболические стероиды*
 - *- седативные*

- - *витамины и препараты метаболического действия,*
 - - *препараты калия*
5. *Нетрудоспособна во время терапии до достижения эутиреоидного состояния (3-5 недель). Поддерживающая терапия амбулаторно - 1,5 - 2 года.*

4. Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°C, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого легкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте обследование, обоснуйте.
3. Пациенту проведена рентгенограмма легких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Диагноз «правосторонней пневмонии» поставлен на основании:*
 - *жалоб (на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой);*
 - *анамнеза (острое начало заболевания);*
 - *данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука).*
 - *Нетяжёлая пневмония установлена ввиду отсутствия критериев тяжести. Внебольничная пневмония установлена на основании начала заболевания амбулаторно.*
2. *Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции); общий анализ мокроты (оценка выраженности местного воспалительного ответа, дифференциальная диагностика с аллергическими заболеваниями лёгких); бактериологическое исследование мокроты (для выделения возбудителя пневмонии); рентгенография лёгких в прямой и правой боковой проекции (для подтверждения наличия инфильтративных изменений в правом лёгком).*
3. *Постельный режим, обильное питье. Антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда (например, Амоксициллин 500 мг 3 раза в день внутрь). Муколитик (например, Амброксола гидрохлорид по 30 мг 3 раза в день внутрь). Жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).*

5. Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Фоновое заболевание: ожирение I ст.*
2. *Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперёд. Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных нессливающихся эрозий дистального отдела пищевода). Диагноз «ожирение» установлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ — более 30кг/м²), I стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м². Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pilori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).*
3. *Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзоменпразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).*
4. *Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка). Отказ от курения. Снижение массы тела. Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды. Не принимать пищу менее, чем*

за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:
 - 1) пенициллинов;
 - 2) макролидов;
 - 3) аминогликозидов; (+)
 - 4) цефалоспоринов;
 - 5) фторхинолонов.
2. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:
 - 1) плазмы;
 - 2) плазмозамещающих растворов;
 - 3) солевых растворов;
 - 4) фуросемида; (+)
 - 5) гемодеза.
3. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:
 - 1) анурия;
 - 2) высокая гипертензия;
 - 3) повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л; (+)
 - 4) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
 - 5) развитие перикардита.
4. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температурой, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. можно вводить жидкость в количестве:
 - 1) до 200 мл;
 - 2) до 700 мл; (+)
 - 3) до 400 мл;
 - 4) до 1500 мл;
 - 5) до 2000 мл.
5. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при:
 1. распаде опухоли;
 2. лечении опухоли цитостатиками;
 3. радиационной терапии;
 4. терапии кортикостероидами.
 - 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

6. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных, слюнных желез, конкрактура Дюпиетрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (40-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) идиопатический IgA - нефрит;
- 2) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
- 3) гломерулонефрит алкогольной этиологии; (+)
- 4) волчаночный гломерулонефрит;
- 5) хронический пиелонефрит.

7. У 16-летней больной, страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, гепатоспленомегалия. Уровень фибриногена в крови резко повышен. Вероятный диагноз:

- 1) постинфекционный гломерулонефрит;
- 2) декомпенсированный цирроз печени;
- 3) гепаторенальный синдром;
- 4) вторичный амилоидоз с поражением почек; (+)
- 5) волчаночный гломерулонефрит.

8. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
- 2) миеломная болезнь; (+)
- 3) вторичный амилоидоз с поражением почек;
- 4) хронический пиелонефрит;
- 5) поликистоз почек.

9. У 45-летнего больного в течении 4 месяцев отмечается лихорадка, эпизоды безболезненной макрогематурии. Уровень гемоглобина в крови 160 г/л, СОЭ 60 мм/час. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) хронический гломерулонефрит гематурического типа;
- 2) волчанковый нефрит;
- 3) рак почки; (+)
- 4) уратный нефролитиаз;
- 5) амилоидоз.

10. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

- 1) чашечно-лоханочная система;
- 2) сосудистый клубочек;
- 3) почечные канальцы;
- 4) нефрон; (+)
- 5) почечное тельце.

11. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

- 1) радиоизотопная ренография;
- 2) ультразвуковое сканирование почек;
- 3) ангиография; (+)
- 4) экскреторная урография;

5) компьютерная томография.

12. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- 1) гематурия;
- 2) протеинурия более 3,5 г/сутки;
- 3) артериальная гипертензия;
- 4) пиурия;
- 5) гипоизостенурия.

13. Амилоидоз почек может наблюдаться при: 1. ревматоидном артрите; 2. периодической болезни; 3. туберкулезе; 4. бронхоэктатической болезни.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. Лекарственное средство, требующее особой регуляции своей дозы при заболеваниях почек:

- 1) гентамицин; (+)
- 2) метациклин;
- 3) эритромицин;
- 4) левомицитин;
- 5) ампициллин.

15. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- 1) 10% почечной паренхимы;
- 2) 20% почечной паренхимы;
- 3) 50% почечной паренхимы;
- 4) 75% почечной паренхимы; (+)
- 5) 90% почечной паренхимы.

16. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

- 1) нефросклероз; (+)
- 2) пролиферация мезангиальных клеток;
- 3) деструкция малых отростков подоцитов;
- 4) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;
- 5) облитерация выносящей артериолы.

17. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является следствием:

- 1) изолированного поражения канальцев;
- 2) изолированного поражения клубочков;
- 3) изолированного поражения собирательных трубочек;
- 4) поражения всего нефрона; (+)
- 5) изолированного поражения приносящей артериолы.

18. Клинические проявления <ХПН> возникают при клубочковой фильтрации:

- 1) 140-200 мл/мин;

- 2) 100-140 мл/мин;
- 3) 80-100 мл/мин;
- 4) 60-80 мл/мин;
- 5) 40 мл/мин. (+)

19. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- 1) нефротический синдром; (+)
- 2) мочевого синдром;
- 3) гипертензия;
- 4) почечная недостаточность;
- 5) профилактический курс терапии.

20. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения <ХГН>:

- 1) 5000 ед;
- 2) 10000 ед;
- 3) 15000 ед;
- 4) 20000 ед; (+)
- 5) 30000 ед.

(ПК-4)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 4 Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	<p>ПК-4.1 Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p> <p>ПК-4.2 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу</p> <p>ПК-4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p>

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,0°C, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании.

При перкуссии - притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э - $3,8 \times 10^{12}$, Нв - 134 г/л, л - $11,2 \times 10^9$, п - 2, с - 78, л - 16, м - 4, СОЭ - 28 мм/час.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого.*
2. *План обследования:*
 - 1) анализ мокроты на МБТ методом бактериоскопии и посева
 - 2) анализ мочи
 - 3) коагулограмма
 - 4) боковая рентгенограмма и томограммы
 - 5) туберкулиновые пробы
 - 6) при отсутствии противопоказаний - бронхоскопия.
3. *Дифференциальная диагностика проводится с пневмонией и центральным раком легкого. В пользу туберкулеза свидетельствует постепенное развитие заболевания с симптомами туберкулезной локализации, характер аускультативных данных, рентгенологической картины и гемограммы.*
4. *Лечение: изониазид, стрептомицин, этамбутол, витамин Е. гемостатическая терапия.*

2. У больного 40 лет, при выполнении клинического минимума в клинике выявлена округлая тень с бухтообразным распадом в центре, размерами 3,5 см в третьем сегменте правого легкого. Окружающая легочная ткань не изменена.

Обратился к врачу в связи с длительным сухим надсадным кашлем, сопровождающимся, в последнее время, кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), снижением веса, слабостью, понижением аппетита.

Над легкими выслушиваются единичные сухие хрипы, тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 в мин., ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст.

Анализ крови; Нв - 95 г/л, эр. - $3,6 \times 10^{12}$ /л, л - $5,18 \times 10^9$ /л, СОЭ - 44 мм/час.

1. Назовите и обоснуйте предварительный диагноз, составив предварительно дифференциально-диагностический ряд.
2. Составить план обследования для верификации диагноза.
3. Определить лечебную тактику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: в данной клинической ситуации можно предположить о наличии у больного следующих заболеваний:*
 - - *распадающийся рак легкого*
 - - *деструктивная пневмония*
 - - *туберкулома с распадом*
 - - *аспергиллема.*

Больше данных за наличие у больного распадающейся опухоли (первично-полостного рака). За этот диагноз свидетельствуют:

- - наличие длительного, сухого, надсадного кашля
 - - кровохарканье (прожилки крови в мокроте)
 - - наличие астенического синдрома
 - - умеренная анемия
 - - высокое СОЭ
 - - наличие округлой тени с бухтообразным распадом в центре
 - - расположение образования в третьем сегменте.
2. *План обследования: для верификации диагноза необходимо провести:*
- - фибробронхоскопию с биопсией при наличии патологии в ВЗ и забором содержимого бронхов на атипические клетки и МБТ
 - - катетеризационная биопсия с гистологическим и бактериоскопическим исследованием материала
 - - компьютерная томография
 - - подкожная проба с туберкулином (Коха).
3. *Лечебная тактика: для подтверждения диагноза опухоли необходима срочная радикальная операция- удаление (резекция) верхней доли справа с ревизией региональных лимфоузлов.*

3. Больная П., 52 лет, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, повышенную утомляемость, похудание, усиленное выпадение волос, кровоточивость десен, головокружение, боли в костях, мышцах, вздутие живота, урчание, жидкий стул со слизью до 10 раз в день.

В анамнезе боли в животе и неустойчивый стул с детства. Последние 5 лет стала терять массу, появились ощущения дурноты и резкой слабости после приема пищи. Дважды были переломы костей.

При поступлении: рост 150 см, вес 40 кг. Кожа бледная, подкожно-жировой слой отсутствует. Периферические лимфоузлы не увеличены. Голени пастозны. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, сосочки сглажены, по краям отпечатки зубов. Десны рыхлые, легко кровоточат, ангулярный стоматит. Живот умеренно вздут, безболезненный. Печень не увеличена. Масса суточного кала 650-950 г. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Хронический энтерит в стадии обострения. Синдром нарушенного пищеварения и всасывания II стадии. Дисбактериоз?*
2. *Обследование:*
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) анализ крови на электролиты (сывороточное железо, кальций, натрий, калий), общий белок и белковые фракции

- 5) глюкоза крови, гликемическая кривая
 - 6) посев кала на микропейзаж
 - 7) ФГС с биопсией из дистальных отделов 12-перстной кишки
 - 8) флюорография
 - 9) УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:
- - энтеропатии (глютеновая, кишечная липодистрофия, дисахаридазодефицитная)
 - - опухоли кишечника
 - - амилоидоз
4. Лечение:
- 1) диета
 - 2) ферментативные средства
 - 3) антибактериальные средства в зависимости от посева
 - 4) лечение диареи (холиноблокаторы, антибрадикининовые, нейролептики), вяжущие и обволакивающие средства
 - 5) купирование обменных нарушений:
 - 6) в\в смеси аминокислот
 - 7) витаминотерапия
 - 8) анаболические стероиды
 - 9) в\в введение солевых растворов
 - 10) биологические средства (бифидумбактерин и др.)

4. Женщина 65 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области слева, иррадирующие в левую 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 слева, иррадирующие в левую 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 слева. Пальпация мочеточников болезненная слева.

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

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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.
2. Мочекаменная болезнь установлена на основании жалоб больного (на боли в поясничной области слева, иррадирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков и анальгетиков); анамнеза (возникновение болей после употребления большого количества жидкости); данных осмотра (симптом поколачивания слабо положителен слева, умеренная болезненность при пальпации в левом подреберье, по ходу левого мочеточника; зоны кожной гиперестезии в левых отделах живота); данных рентгенографии (конкремент верхней трети мочеточника); общего анализ мочи (наличие солей оксалатов); данных общего анализа крови (лейкоцитоз). Камень мочеточника и локализация в верхней трети мочеточника установлены на основании данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника). Почечная колика и её локализация справа установлены на основании жалоб на боли в поясничной области слева, иррадирующие в левую часть живота, данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).
3. В обязательном порядке выполняется УЗИ органов брюшной полости, которое позволяет оценить размеры, положение, подвижность почек, оценить размеры паренхимы, определить наличие и степень расширения чашечно-лоханочной системы, выявить камни и определить его размеры. С целью выявления рентгеннегативных камней и определения проходимости мочевых путей выполняется экскреторная урография. С целью более точной диагностики и определения тактики лечения выполняется компьютерная томография, позволяющая уточнить локализацию камня, его плотность, состояние почек и мочевых путей.
4. Дифференциальная диагностика проводится:

Печёночная колика при остром холецистите отличается первичной локализацией боли в правом подреберье и последующим распространением по всему животу. Боль чаще возникает спустя 2-3 часа после употребления жирной и жареной пищи, отдаёт в правую подключичную ямку, в шею, в спину, сопровождается тошнотой, рвотой, пожелтением склер и кожи, усиливается при надавливании на живот в области подреберья.

Боль при остром аппендиците появляется в правом подреберье, переходит на центр живота и затем в правую подвздошную область. Живот вздувается, отмечается тошнота и рвота. Больной лежит на правом боку, поджав ноги к животу, движение усиливает боль. Если при мочекаменной болезни лаборатория выявляет некоторое увеличение лейкоцитов в крови, при аппендиците отмечается выраженный лейкоцитоз.

Симптомы почечной колики у женщин могут напоминать аднексит. Однако при женских заболеваниях боль редко возникает внезапно, носит постоянный характер, охватывает низ живота, отдаёт в прямую кишку, вызывая ощущение переполнения, повышается температура тела, отмечается слабость, недомогание. Уточнить диагноз помогает влагалищное исследование.

Для острого панкреатита типичны опоясывающие боли, распространяющиеся от подложечной области влево на спину. Отмечается тошнота и рвота, температура тела остаётся нормальной, в крови и моче повышается количество ферментов-трансаминаз.

5. Во время почечной колики применяют спазмолитики, НПВС. Вне обострения: медикаментозное разрушение камней в зависимости от химического состава камня: для коррекции нарушений пуринового обмена и при уратных камнях применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 месяц (эффективность - 92%); урикуретики - 1-3 месяца; цитратные смеси - 1-6 месяцев. Суточный приём жидкости при этой форме МКБ желателен в количестве не менее 2-2,5 л. Критерий эффективности лечения: снижение или нормализация сывороточной концентрации и/или суточной почечной экскреции мочевой кислоты. При гиперурикурии применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 курс лечения в течение месяца (эффективность - 80%) или урикуретики + цитратные смеси: 1 курс лечения от 1 до 3 месяцев (эффективность - 90%). Критерий эффективности: снижение сывороточной концентрации мочевой кислоты, повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи). При применении цитратных смесей назначают 1 курс лечения продолжительностью от 1 до 3 месяцев (эффективность - 96%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

При показателях рН мочи ниже 5,8, кристаллурии мочевой кислоты или уратов назначают цитратные смеси под контролем общего анализа мочи: длительность курса (1-6 месяцев) устанавливается индивидуально (эффективность - 100%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

С целью литолиза мочекислых камней в почках назначают цитратные смеси на 1-3-6 месяцев (эффективность - 83-99%) либо урикуретики в сочетании с цитратными смесями в течение 1-3 месяцев (эффективность - 83-99%). Критерий эффективности: частичный или полный литолиз.

Для коррекции нарушений щавелево-кислого обмена и при кальцийоксалатных камнях применяют витамины группы В, тиазиды, дифосфонаты, окись магния, цитратные смеси. Суточный приём жидкости - не менее 2-2,5 л. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, шоколада, щавеля, салата, черной смородины, клубники, крепкого чая, какао. При гипероксалурии, при кристаллурии оксалатов назначают витамин В6 по 0,02 г 3 раза в день перорально в течение месяца (эффективность - 86%); окись магния по 0,3 г 3 раза в день в течение месяца (эффективность - 82%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной почечной экскреции оксалатов.

При гиперкальциурии назначают тиазиды, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 100%) либо дифосфонаты (ксидифон), курс лечения - 1 месяц (эффективность - 60%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной экскреции общего кальция, снижение степени кристаллурии оксалатов.

5. Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта. Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает. Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

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

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

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

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Основной: ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК. Фон: артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий. Ожирение 1 степени. Дислипидемия 2b типа.*
2. *Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы), исчезновение боли после прекращения нагрузки (купируются в покое). Функциональный класс стенокардии установлен на основании возникновении приступов стенокардии при интенсивной физической нагрузке, быстрой ходьбе. Диагноз «артериальная гипертензия» установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в течение 5 лет), наличие повышенного уровня АД при осмотре. Степень АГ 3 установлена на цифрах АД, измеренных на момент осмотра (170/100 мм рт. ст.). Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение). Диагноз «дислипидемия 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП, холестерина, триглицеридов. Диагноз «ожирение» установлен на основании повышения ИМТ более 30 кг/м². Степень ожирения 1 установлена на основании ИМТ 33,91 кг/м².*
3. *Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ в покое (для определения сократимости миокарда, определения состояния клапанного аппарата, размеров полостей сердца), СМ-ЭКГ.*
4. *Бета-адреноблокаторы (за счёт блокады бета-адренорецепторов в сердце они предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Блокаторы кальциевых каналов: воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный*

инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде). Нитраты, проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде). Антиагреганты (препятствуют тромбообразованию за счёт угнетения функциональной активности тромбоцитов). Статины (снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печёночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП).

5. Ухудшение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии с добутамином указывает на наличие ишемии миокарда. В связи с этим пациенту показано проведение коронароангиографии с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. К наследственным энзимопатиям относят: 1. непереносимость лактозы; 2. глютеновую болезнь; 3. амилазную недостаточность; 4. дисахаридазную недостаточность.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

2. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

- 1) гастрин;
- 2) панкреатического сока;
- 3) холецистокинина; (+)
- 4) секретина;
- 5) соляной кислоты.

3. Амилазу секретируют: 1. околоушные слюнные железы; 2. кишечник; 3. поджелудочная железа; 4. желудок.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. Амилаза катализирует гидролиз: 1. клетчатки; 2. глюкозы; 3. дисахаридов; 4. крахмала.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильны ответы 2 и 4;

4) если правильный ответ 4; (+)

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

5. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильны ответы 2 и 4; (+)

4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

6. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента: 1. нуклеотидазы; 2. лейцинаминопептидазы; 3. кислой фосфатазы; 4. глюкуронилтрансферазы.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильны ответы 2 и 4;

4) если правильный ответ 4; (+)

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

7. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

3) если правильны ответы 2 и 4;

4) если правильный ответ 4;

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

8. Среди перечисленных укажите трёхкомпонентный пробиотик, содержащий в своём составе бифидобактерии, лактобактерии и энтерококки:

1) аципол

2) линекс(+)

3) бифиформ

4) бификол

5) бактисубтил

9. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате: 1. увеличения образования билирубина; 2. снижения захвата билирубина печенью; 3. дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах; 4. повышения гемолиза эритроцитов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

10. Уробилиноген образуется в: 1. желудке; 2. почках; 3. печени; 4. кишечнике.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

11. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

13. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутripеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. Гиперхолестеринемия может наблюдаться при: 1. атеросклерозе; 2. холестазах; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

16. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

- 1) повышение активности аланиновой аминотрансферазы; (+)
- 2) повышение активности альдолазы;
- 3) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
- 4) гипоальбуминемия;
- 5) повышение уровня сывороточного железа

17. В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности ГТП (глутамилтранспептидазы).

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

18. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

20. Снижение стеркобилина в кале может наблюдаться при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2;

4) если правильный ответ 4;

(ПК-5)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами ПК-5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения ПК-5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 18 лет, при прохождении флюорографии (до этого много лет не обследовался) вызван на дообследование. Выяснилось, что в детстве (6 лет) имел контакт с больным туберкулезом старшим братом. Начиная с этого возраста, пробы Манту стали положительными (ранее - отрицательные): 5 мм, 9 мм, 12 мм, 11 мм.

Получал один курс химиопрофилактики, затем семья переехала в другой город и мальчик не был поставлен на учет (брат жил отдельно). Заметных отклонений в самочувствии не отмечалось.

Исследование мокроты на БК выявило в мазке по Цилю-Нильсону розоватых “палочек” на синем фоне, последующая обработка 960 спиртом привела к исчезновению палочек.

Проба Коха - на подкожное введение 50 Т.Е. - местной, общей и очаговой реакции не отмечалось.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Причины однократного обнаружения палочек в мокроте.
3. Определить группу диспансерного учета.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Клинический диагноз: первичный туберкулезный комплекс в фазе петрификации.*
2. *Палочки- сапрофиты*
3. *Группа диспансерного учета VII-Б*

2. Больной 51 года. После перенесенного гриппа в течение 3-х недель держится субфебрильная температура. Обратился в поликлинику повторно. Жалобы предъявляет на слабость, упадок сил, кашель со скудной мокротой, одышку в покое. При аускультации справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание.

Анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 112 г/л, лейкоц. - $3,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 40 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С помощью каких дополнительных исследований следует провести дифференциальную диагностику.

3. Какие методы лечения показаны при верификации диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: рак верхнедолевого бронха справа.*
2. *Первая задача- подтвердить или исключить онкологическое заболевание. Необходимо: полное клиническое обследование, бронхоскопия со взятием материала для морфологического исследования, томография легких, УЗИ органов живота.*
3. *При морфологической верификации диагноза определяют местное (локализация, гистологическая характеристика опухоли, анатомический тип роста, стадия заболевания) и общее (функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности и др. сопутствующие заболевания, иммунный статус) критерии заболевания. На основании полученных данных выбирают метод лечения:*
 - 1) *радикальное - операция (лобэктомия, пневмонэктомия), комбинированное (операция + лучевая терапия), химиотерапия, комплексное (удаление первичного очага + химиотерапия).*
 - 2) *паллиативное.*

3. Больной А, ветеринарный врач 50 лет, поступил с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца, боли в ногах.

В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками. Последние три года периодически отмечалась умеренная желтуха, сопровождающаяся кожным зудом и темным окрашиванием мочи, проходящая самостоятельно.

Объективно: больной пониженного питания, кожа желтушная со следами расчесов, тургор снижен, на груди и спине сосудистые звездочки. Дрожание рук, контрактура Дюпюитрена. Со стороны сердца, легких - патологии не выявлено.

Живот увеличен в объеме за счет асцита, пупочная грыжа. Печень и селезенку пальпировать не удается из-за асцита. Стул кашицеобразный, 2 раза в день.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Алкогольный цирроз печени. Неактивная фаза.*
 - *стадия декомпенсации. Портальная гипертензия 3 ст. Асцит.*
 - *умеренный холестатический синдром.*
 - *эрозивный гастрит антрального отдела.*
 - *алкогольная нефропатия.*
2. *Обследование:*
 - *- анализ крови общий*
 - *- анализ мочи общий*
 - *- копрограмма*
 - *- исследование крови на креатинин, холестерин, фибриноген, глюкозу, сывороточное железо.*
 - *- анализ крови на маркеры вирусного гепатита.*
 - *- УЗИ органов брюшной полости.*
 - *- стерильная пункция.*

- - консультация невропатолога.
 - - флюорография
3. Дифференциальный диагноз:
- - хронический гепатит.
 - - болезни накопления (гемохроматоз, жировая дистрофия, болезнь Вильсона-Коновалова)
4. Лечение
- - витамины (В12, аскорбиновая к-та, В1, В6, фолиевая к-та)
 - - сорбенты и обволакивающие
 - - H2-гистаминоблокаторы
 - - мочегонные средства
 - - дезинтоксикационная терапия.

4. Больной С., 26 лет, токарь, жалуется на интенсивные боли режущего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину. Боль возникает в 5 часов утра, после завтрака успокаивается, но спустя 2-2,5 часа вновь усиливается. Часто отмечаются рвоты натощак жидким желудочным содержимым с последующим ощущением «оскомины» на зубах. Болеет 2 года. Дважды обследовался, лечился в гастроэнтерологическом отделении с кратковременным улучшением состояния на 5-8 месяцев. В анамнезе - инфекционный гепатит в возрасте 4 лет, часто болеет ОРВИ. Отец страдает хроническим гастритом. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы влажные, холодные. Поверхностная болезненность кожи слева от I-III поясничных позвонков. Со стороны легких и сердца - данные без особенностей. Язык красный, склеры субиктеричны. Живот напряжен в эпигастрии под мечевидным отростком, здесь же определяется локальная болезненность, положителен симптом Менделя. Отрезки толстого кишечника безболезненны. Край печени выступает на 2 см, слегка уплотнен, безболезнен. Зона Шоффара нечувствительна. Селезенка не увеличена.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Рекомендуйте лечение на данном этапе.
4. Врачебная тактика по дальнейшему ведению больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка с низкой локализацией язвы, осложненное течение: компенсированный стеноз пилорического отдела желудка, повышенное кислотообразование. Реактивный гепатит.
2. Обследование:
 - - анализ крови общий
 - - анализ мочи общий
 - - копрограмма
 - - флюорография
 - - анализ крови на общий белок и фракции, трансаминазы, билирубин, щелочную фосфатазу, холестерин, СРБ, сывороточное железо
 - - рентген желудка для оценки проходимости пилорического отдела желудка
 - - рН-метрия
 - - ФГДС с биопсией
 - - УЗИ органов брюшной полости
3. Лечение

- - *Стол 1*
- - *препараты, подавляющие агрессивные свойства желудочного сока*
- - *блокаторы М-холинорецепторов*
- - *блокаторы H₂-гистаминорецепторов*
- - *омепразол*
- - *антибактериальные препараты*
- - *препараты, повышающие защитные св-ва слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (вентер, де-нол)*
- - *белковые препараты, активные репаратанты (солкосерил), анаболические гормоны, ГБО-терапия*

4. *Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога и хирурга.*

5. Больная М., 44 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в правом подреберье, горечь во рту, отрыжку, тошноту, повышение температуры тела до 37,5 С, запоры.

В анамнезе плохая переносимость жирной пищи и зуд кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, беспокоящие в течение последних 5 лет.

При осмотре: больная повышенного питания.

Объективно: кожный покров обычной окраски со следами расчесов на животе и спине. Краевая иктеричность склер. Лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Дыхание везикулярное с частотой 18 в минуту. Язык влажный, обложен у корня коричневым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Размеры печени по Курлову - 12х 10х8 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, болезненная. Селезенка не увеличена. Область почек безболезненна. Стула не было 2 дня.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Хронический холецистит в стадии обострения. Дискинезия желчевыводящих путей: гипертония сфинктера Одди и гипотония желчного пузыря. Реактивный гепатит.*
2. *Обследование:*
 - *анализ крови общий*
 - *анализ мочи общий*
 - *копрограмма*
 - *диастаза мочи*
 - *ЭГДС*
 - *дуоденальное зондирование*
 - *флюорография*
 - *УЗИ брюшной полости*
3. *Дифференциальная диагностика:*
 - *- дуоденит*
 - *- холангит*
 - *- панкреатит*
 - *- гепатит*

4. *Лечение:*

- 1) *диета*
- 2) *антибиотики*
- 3) *спазмолитики*
- 4) *желчегонные препараты*
- 5) *антигистаминные препараты*
- 6) *слабительные средства*
- 7) *дезинтоксикационная терапия*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии: 1. крупозная пневмония; 2. бронхогенный рак с отдаленными метастазами; 3. инородное тело бронхов; 4. инсульт.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4; (+)
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.

2. Показанием к плановой гастроскопии является:

- 1) обострение хронического гастрита;
- 2) язва желудка;
- 3) рак желудка;
- д) доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
- д) все перечисленное. (+)

3. Показанием к экстренной гастроскопии не является: 1. полип желудка; 2. инородное тело; 3. анастомоз; 4. желудочно-кишечное кровотечение.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

4. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- 1) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- 2) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- 3) эзофагогастродуоденоскопию; (+)
- г) колоноскопию;
- д) ректороманоскопию.

5. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются: 1. тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона; 2. декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность; 3. острый парапроктит; 4. гемофилия; 5. кровоточащий геморрой.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

6. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при: 1.гангрене легкого; 2.бронхоэктазах; 3.абсцессе легкого; 4.крупозной пневмонии; 5.раке легкого.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

7. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1.абсцессе легкого; 2.раке легкого в стадии распада; 3.туберкулезе легкого; 4.хроническом бронхите; 5.крупозной пневмонии.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

- 1) острого трахеобронхита;
- 2) очаговой пневмонии;
- 3) хронического бронхита;
- г) бронхогенного рака легкого; (+)
- д) туберкулеза легкого.

9. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать: 1.увеличение содержания фибриногена в крови; 2.увеличение количества глобулинов в крови; 3.увеличение альбуминов в крови; 4.увеличение количества эритроцитов в крови; 5.повышение холестерина в сыворотке крови.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

10. Высокая относительная плотность мочи характерна для:

- 1) хронического нефрита;
- 2) пиелонефрита;
- 3) сахарного диабета; (+)
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

11. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

- 1) подпеченочной желтухи;
- 2) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- 3) печеночной желтухи; (+)
- г) застойной почки;
- д) инфаркта почки.

12. Выраженная билирубинурия характерна для:

- 1) подпеченочной желтухи; (+)
- 2) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- 3) почечно-каменной болезни;
- г) застойной почки;
- д) хронического нефрита.

13. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции: 1.а2-глобулинов; 2.г-глобулинов; 3.б-глобулинов; 4.а1-глобулинов и а2-глобулинов; 5.а1-глобулинов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4; (+)
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

14. Транзиторная лейкопения не возникает при: 1.лучевом воздействии с терапевтической целью; 2.длительном приеме лекарственных средств; 3.алиментарной недостаточности; 4.значительной физической нагрузке.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4; (+)
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

15. Дыхательный объем - это:

- 1) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- 2) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- 3) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха; (+)
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

16. Резервный объем вдоха - это:

- 1) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха; (+)
- 2) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- 3) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

17. Резервный объем выдоха - это:

- 1) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- 2) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха; (+)

- 3) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

18. Остаточный объем легких - это:

- 1) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- 2) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- 3) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха; (+)
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды;

19. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

- 1) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты;
- 2) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- 3) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха; (+)
- г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

20 Жизненная емкость легких зависит от: 1. роста; 2. площади поверхности тела; 3. массы тела; 4. пола.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4. (+)

(ПК-6)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем в Ярославле 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость,

нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены.

1. О каком заболевании можно думать.
2. Назовите перечень дифференцируемых заболеваний.
3. Какие данные дополнительных исследований позволят уточнить диагноз.
4. При обнаружении онкологического заболевания определите клиническую группу.
5. Какие документы следует заполнить.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: рак легкого.*
2. *Дифференцируемые заболевания: рак легкого, туберкулез, бронхит, пневмония.*
3. *Дополнительное обследование: обзорная рентгенография в 2 -х проекциях, томография грудной клетки, трахеобронхоскопия с биопсией, общий анализ крови, туберкулиновые пробы, УЗИ органов живота, лимфатических узлов шеи.*
4. *II-я клиническая группа в случае отсутствия отдаленных метастазов.*
5. *Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко), форма 030- б/у. «Медицинская карта амбулаторного больного» - 025-б/у. Извещение на впервые выявленного больного с злокачественной опухолью (Ф. 090/у) в трех дневный срок направляется в онкодиспансер, онкокабинет по месту проживания больного*

2. Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД - 120\80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переживания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220\130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10×10^9 \л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль\л, К - 6,2 ммоль\л, Na - 138 ммоль\л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинапатия. При суточном мониторинге АД - 120\80 - 126\75 мм рт.ст.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Феохромоцитомы. Кризовая форма. Криз.*
2. *Диагностика:*

- УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря
 - Рентгенотомография почек и надпочечников
 - Исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты
 - Проба с тропafenом при кризовой форме
3. Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.
4. Лечение: терапия при кризе:
- - альфа-адреноблокаторы, при необходимости добавить бета-блокаторы (празозин, фентоламин, обзидан). При отсутствии метастазов - хирургическое лечение. В случае неуправляемой гемодинамики - экстренное хирургическое вмешательство.

3. Больная А., 45 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость, запоры, чередующиеся с поносами. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердца и легких без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот внешне не изменен, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезнен в подложечной области. Большая кривизна желудка на 2 см ниже пупка. Печень у края реберной дуги. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Хронический гастрит, тип А, в стадии обострения, со сниженной кислотообразующей функцией, анемический синдром.*
2. *Обследование:*
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) сывороточное железо
 - 5) анализ желудочного сока
 - 6) рН-метрия
 - 7) рентген желудка
 - 8) ФГДС
 - 9) флюорография
 - 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием
 - 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из боптатов
 - 12) УЗИ органов брюшной полости
3. *Дифференциальная диагностика:*
 - - панкреатит

- - холецистит
- - дуоденит

4. Лечение:

- 1) диета 2
- 2) полиферментные препараты (фестал, энзистал, панзинорм и др.)
- 3) витаминотерапия: В12 с фолиевой кислотой, С
- 4) солкосерил в\м
- 5) никотиновая кислота
- 6) в\в капельно р-ры альбумина, аминокислот в сочетании с анаболическими стероидами
- 7) устранение диспептических расстройств: реглан, эглонил
- 8) препараты железа
- 9) физиотерапия: аппликации озокерита, диатермия, электрофорез с лекарственными препаратами.

4. Больной М., 38 лет, жалуется на изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, боль ноющего характера, почти постоянную, уменьшающуюся после еды.

Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, алкоголь употребляет часто. Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно.

Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное. Питание понижено (рост 182 см, масса тела 68 кг). Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Печень увеличена на 3,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Хронический гастрит, ассоциированный с Нр в стадии обострения. Повышенная кислотообразующая функция желудка. Реактивный гепатит.*
2. *Дообследование:*
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) исследование функции печени (трансаминазы, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс)
 - 5) анализ желудочного сока
 - 6) рН-метрия
 - 7) рентген желудка
 - 8) ФГДС
 - 9) флюорография
 - 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием
 - 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из боптатов

12) УЗИ органов брюшной полости

3. Дифференциальный диагноз:

- - хронический гепатит
- - дуоденит
- - язвенная болезнь

4. Лечение:

- - диета (исключение продуктов с раздражающим влиянием на слизистую оболочку)
- - подбор медикаментов по одной из трех схем:
- - «Двойная»-де-нол+метронидазол
- - де-нол + тетрациклин
- - «Тройная»- де-нол + тетрациклин +
- - метронидазол
- - «Четвертная» - к тройной добавляется омепразол.
- - для подавления кислотопродукции - блокаторы H-2 рецепторов гистамина
- - для снятия изжоги и боли - антациды, холинолитики периферического действия (метацин, платифиллин и т.д.)
- - витаминотерапия, гепатопротекторы
- - физиолечение

5. Больная Ч. 31 год, стенографистка. Последние два года жалуется на слабость, утомляемость, снижение аппетита, нарушение менструальной функции, рецидивирующий кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, периодические повышения температуры тела до 38 градусов.

При осмотре: лицо, ладони гиперемированы. Кожные покровы со следами расчесов, склеры иктеричны, на груди, шее - сосудистые звездочки, на голених мелкие геморрагические высыпания. Пульс 88 в минуту, ритмичный А/Д=120/80 мм рт.ст. Тоны ясные. Над всей поверхностью легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 5 сантиметров из- под реберной дуги, край болезненный, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Хронический аутоиммунный гепатит с умеренной активностью воспалительного процесса. Печеночно-клеточная недостаточность II ст. с нарушением пигментобразующей и липидолитической функции.*
2. *Обследование:*
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) флюорография
 - 4) УЗИ органов брюшной полости
 - 5) сывороточное железо, щелочная фосфатаза, фибриноген, глюкоза
 - 6) маркеры вирусного гепатита HBs, HBe, HBc - антигены, антитела HCV.
 - 7) биопсия печени
3. *Дифференциальная диагностика:*

- - хронические вирусные гепатиты
- - цирроз печени
- - гепатозы
- - гемолитическая анемия
- - системная красная волчанка

4. Лечение:

- 1) патогенетическая терапия: глюкокортикостероиды (преднизолон 30-40 мг), азатиоприн 25 мг
- 2) базисные средства: при стихании воспалительного процесса в печени.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Что является основанием для осмотра на дому пациента врачами «узких» специальностей по назначению лечащего врача:

- 1) желание пациента;
- 2) невозможность посетить медицинское учреждение по состоянию здоровья; (+)
- 3) плановый диспансерный осмотр;
- 4) желание родственников;
- д) нет оснований.

2. Перечислите показатели заболеваемости социально значимых болезней, которые характеризуют качество и доступность медицинской помощи по программе государственных гарантий:

- 1) онкозаболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, сифилис; (+)
- 2) туберкулез, ВИЧ-инфекция, гонорея, артериальная гипертензия;
- 3) наркомания, токсикомания, психические расстройства, ВИЧ-инфекция;
- 4) артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца;
- д) описторхоз, лямблиоз, токсокароз.

3. Выберите правильное определение показателя «онкозапущенности»:

- 1) доля больных с IV стадией всех и с III стадией визуальных локализаций злокачественных новообразований в общем числе онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом; (+)
- 2) процентное отношение умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования;
- 3) процентное отношение умерших к состоящим на учете;
- 4) доля больных с I-II стадиями злокачественных новообразований;
- д) доля больных с III-IV стадиями злокачественных новообразований.

4. Дайте определение понятия «здоровье»:

- 1) состояние психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
- 2) состояние физического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
- 3) состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма; (+)

4) состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания;

д) состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют расстройства функций органов и систем организма.

5. Дайте определение понятия «заболевание»:

1) возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма; (+)

2) возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма;

3) возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение работоспособности;

4) возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды;

д) возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

6. Дайте определение понятия «состояние»:

1) изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных факторов;

2) изменения организма, возникающие в связи с воздействием физиологических факторов;

3) изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов;

4) изменения организма, требующие оказания медицинской помощи;

д) изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи. (+)

7. Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»:

1) заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти; (+)

2) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;

3) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;

4) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;

д) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

8. Дайте определение понятия «тяжесть заболевания или состояния»:

1) критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций;

2) критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека;

3) критерий, определяющий степень нарушения функций органов;

4) критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека, обусловленные осложнением заболеваний;

д) критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением. (+)

9. Дайте определение понятия «основное заболевание»:

- 1) заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с угрозой работоспособности;
 - 2) заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с угрозой работоспособности и жизни;
 - 3) заболевание, которое приводит к инвалидности;
 - 4) заболевание, которое становится причиной смерти;
- д) заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти. (+)

10. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- 1) генетические;
 - 2) природно-климатические;
 - 3) уровень и образ жизни населения;
 - 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи;
- д) все вышеперечисленное. (+)

11. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:

- 1) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания;
 - 2) болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления; (+)
 - 3) новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания;
 - 4) остеопороз, метаболический синдром;
- д) болезни системы кроветворения.

12. При оказании медико-социальной помощи пациент имеет право:

- 1) на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
 - 2) на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
 - 3) на отказ от медицинского вмешательства;
 - 4) на допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя;
- д) все вышеперечисленное. (+)

13. Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если:

- 1) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей;
 - 2) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей;
 - 3) в результате ошибки наступил летальный исход больного;
 - 4) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей; (+)
- д) врач не имеет такого права.

14. Что составляет предмет врачебной тайны?

- 1) сведения о юридическом адресе ЛПУ;
- 2) сведения о квалификации лечащего врача;
- 3) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении; (+)
- 4) все вышеперечисленное;
- д) ничего из вышеперечисленного.

15. При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- д) все вышеперечисленное.

16. При каком сроке беременности допускается прерывание беременности по желанию женщины?

- 1) до 8 недель;
- 2) до 12 недель; (+)
- 3) до 16 недель;
- 4) до 20 недель;
- д) до 24 недель.

17. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи?

- 1) медицинский работник;
- 2) медицинское учреждение; (+)
- 3) региональные органы управления здравоохранения;
- 4) федеральные органы управления здравоохранения;
- д) все вышеперечисленное.

18. Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институты) курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии:

- 1) на время лечения;
- 2) на время лечения и проезда к месту лечения;
- 3) на время лечения и проезда к месту лечения и обратно; (+)
- 4) на время проезда;
- д) листок нетрудоспособности не выдается.

19. Кто подлежит обязательному медицинскому страхованию:

- 1) дети;

- 2) инвалиды;
- 3) неработающее население;
- 4) все население; (+)
- д) работающее население.

20. Укажите страну, где наблюдается наибольшая разница в продолжительности жизни мужчин и женщин:

- 1) Россия; (+)
- 2) Япония;
- 3) США;
- 4) Франция;
- д) Германия.

(ОПК-4)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больная Г., 61 года, находится в клинике на обследовании. Общее состояние удовлетворительное. В эпигастрии пальпируется плотное образование, умеренно болезненное. При ФГС патологии в пищеводе, желудке и ДПК не выявлено. При лапароскопии в левой доле печени обнаружен одиночный опухолевой узел размерами 5 x 6 см, выступающий над капсулой печени на 2 см.

1. Ваши рекомендации по дальнейшему обследованию.
2. После установления диагноза определите клиническую группу.
3. План лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Необходимо сделать: полное клиническое обследование, УЗИ органов живота, включая матку и придатки, фиброколоноскопию, рентгенологическое исследование грудной клетки.*
2. *После обнаружения первичного опухолевого очага определить местное и общее критерии заболевания. В случае резектабельности опухоли при одиночном отдаленном метастазе - вторая клиническая группа.*
3. *План лечения: хирургическое удаление первичной опухоли, резекция левой доли печени (комбинированная операция), последующая химиотерапия, если опухоль чувствительна к цитостатикам. При обнаружении множественных отдаленных метастазов лечение паллиативное.*

2. Больная М., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные.

Считает себя больной в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение кожи. Имеется отечность лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс 56 в минуту. АД - 100\60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Печень и селезенка не увеличены.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Определить трудоспособность.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: послеоперационный гипотиреоз.*
2. *Диагностика:*
 - 1) *определение Т3, Т4, ТТГ радиоиммунным методом*
 - 2) *общий анализ крови*
 - 3) *холестерин, бета-липопротеиды, йод, связанный с белком (СБЙ)*
 - 4) *тест захвата йода щитовидной железой*
 - 5) *УЗИ щитовидной железы*
 - 6) *ЭКГ, ПКГ*
 - 7) *электролиты крови: калий, натрий, хлор, медь.*
3. *Дифференциальная диагностика с ожирением различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга), с нефротическим синдромом.*
4. *Лечение:*
 - *- заместительная терапия тиреоидными гормонами,*
 - *- небольшие дозы бета-блокаторов*
 - *- небольшие дозы глюкокортикоидов с целью профилактики надпочечниковой недостаточности*
 - *- антисклеротическая терапия*
 - *- антианемическая терапия*
5. *Нетрудоспособна во время подбора заместительной терапии.*

3. Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. Сегодня утром не пошел на занятия из-за сильной слабости, спал все утро, днем родственники разбудить его не смогли. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.

Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Из рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80\40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое.

ЧДД - 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый), впервые выявленный. Кетоацидотическая кома.
2. Обследования:
 - Анализ крови общий
 - Анализ мочи общий.
 - Электролиты крови.
 - РН крови.
 - Уровень мочевой кислоты в крови.
 - АСТ, АЛТ, СРБ, ДФА, фибриноген. Билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутаматтранспептидаза.
 - Креатинин, мочевины.
 - Уровень гормонов в крови радиоиммунным методом.
3. Дифференциальная диагностика с:
 - - гипогликемической комой,
 - - лактоацидотической и гиперосмолярной комами,
 - - коматозными состояниями, не связанными с сахарным диабетом (церебральные, экзотоксические - инфекционные и при отравлениях, метаболические - уремическая, печеночная, тиреотоксическая, гипотиреоидная, при надпочечниковой недостаточности, смешанные).
4. Лечение:
 - 1) Регидратация (физиологический расвор внутривенно до 10% массы тела),
 - 2) инсулин 6-8 единиц в час внутривенно капельно, при необходимости коррекция электролитного и кислотно-щелочного баланса.

4. Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

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

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД

18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет

подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС- ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС- ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

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

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.
2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально). Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения. Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови. На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м², установлен диагноз ожирения 2 степени.
3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.
4. Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1- адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день. Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день. Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая

расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день. Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день; Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5. *Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.*

5. Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

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

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

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°С, сильные приступообразные боли поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты 8,9х10⁹/л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

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

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контур почечек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП I ст.*
2. *Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа). Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность). Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит). На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче. ХПБ I стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин/1,73 м², что соответствует I стадии ХБП.*
3. *Пациенту рекомендованы проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии; УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов; проба Реберга для определения экскреторной функции почек.*
4. *С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров, азотемия, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз). С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков). С мочевиной инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом поколачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии)).*
5. *Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левофлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенымы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в сутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ипинопенем/Циластин (0,5 г/0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин; 1 г 3 раза в сутки внутривенно, 0,25-0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сультасин). Амикацин следует назначать при лечении больных с резистентными штаммами. В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае*

рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной). Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно). Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал). Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин). Антикоагулянты (Гепарин).

- б. Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:
- 1) варикозное расширение вен пищевода;
 - 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;
 - 3) дивертикул пищевода;
 - 4) астматический статус; (+)
 - 5) рак кардиального отдела желудка.
2. Магнитно-резонансная холецистопанкреатография является информативным методом для диагностики: 1. расширения общего желчного протока; 2. хронического активного гепатита; 3. хронического калькулезного холецистита; 4. болезни Жильбера.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
 - 3) если правильны ответы 2 и 4;
 - 4) если правильный ответ 4;
 - 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
3. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании:
- 1) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);
 - 2) холелитиаз;
 - 3) гемангиома печени;
 - 4) кисты и абсцессы поджелудочной железы;
 - 5) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска). (+)
4. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:
- 1) пероральная холецистография;
 - 2) внутривенная холеграфия;
 - 3) сцинтиграфия печени;
 - 4) ретроградная панкреатохолангиография; (+)
 - 5) прямая спленопортография.
5. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - 2) если правильны ответы 1 и 3;

- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. толстокишечные варианты болезни Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

7. Лапароскопию назначают: 1. при подозрении на первичный рак печени; 2. при подозрении на метастатический рак печени; 3. для уточнения причины асцита; 4. при подозрении на камни желчного пузыря.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

8. Компьютерная томография позволяет выявить: 1. активный гепатит; 2. кисты поджелудочной железы; 3. асцит; 4. опухоли брюшной полости.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

9. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются: 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

10. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются: 1. нарушение иннервации пищевода; 2. рефлекторное влияние с соседних органов; 3. заболевания центральной нервной системы; 4. инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия).

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

11. Гипокинетическая форма дискинезии пищевода проявляется в виде: 1. гипотонии пищевода; 2. атонии пищевода; 3 ахалазии кардии; 4. укорочения пищевода.

- 1) если правильны ответы 1 и 2; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Дисфагия может наблюдаться при: 1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы; 2. ахалазии кардии; 3. склеродермии; 4. раке пищевода.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

13. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются: 1. рентгенологический метод; 2. эзофагоскопия; 3. эзофаготономография.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4.

14. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

- 1) идиопатическая гиперкинезия пищевода; (+)
- 2) рак пищевода;
- 3) пептическая язва пищевода;
- 4) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5) герпетическое поражение пищевода.

15. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить: 1. общий анализ крови; 2. рентгеноскопию пищевода и желудка; 3. эзофагогастродуоденоскопию; 4. компьютерную томографию.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Appetit сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются: 1. исследование пищевода в положении стоя; 2. исследование пищевода в положении лёжа; 3. исследование с густой бариевой взвесью; 4. исследование с жидкой бариевой взвесью.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

17. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Appetit сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. В первую очередь, больной следует рекомендовать:

- 1) жидкое питание;
- 2) лечение невроза; (+)
- 3) вяжущие и обволакивающие средства;
- 4) физиотерапию;
- 5) витаминотерапию.

18. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести:

- 1) рентгеноскопию пищевода; (+)
- 2) электрокардиографию;
- 3) анализ крови на гемоглобин;
- 4) гастроскопию;
- 5) рентгеноскопию органов грудной клетки.

19. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Предположительный диагноз:

- 1) опухоль средостения;
- 2) шейный лимфаденит;
- 3) флегмона шеи;
- 4) перфорация пищевода; (+)
- 5) медиастинальная эмфизема.

20. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача:

- 1) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение; (+)
- 2) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
- 3) провести эзофагоскопию;
- 4) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;
- 5) вызвать на консультацию отоларинголога.

(ПК-1)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов **Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач**

1. Больная И., 65 лет, обратилась к терапевту с клиникой ОРВИ. Десять лет состоит на учете у гастроэнтеролога, по поводу хронического атрофического гастрита. При осмотре обнаружен пакет лимфатических узлов в левой надключичной области. Других изменений при пальпации, аускультации не определяется.

1. Ваш план обследования.
2. При установлении онкологического заболевания укажите стадию, клиническую группу, лечебную тактику.
3. Определите причину запущенности заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *План обследования: цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов надключичной области, эндоскопическое исследование желудка, гинекологическое исследование, рентгеноскопия грудной клетки, общий анализ крови и мочи, УЗИ органов живота, забрюшинного пространства, щитовидной железы, молочных желез.*
2. *В случае обнаружения первичной опухоли в каком-либо органе, кроме щитовидной железы, метастазы в надключичные лимфатические узлы являются отдаленными. При резистентной к цитостатикам опухоли - четвертая клиническая группа, лечение симптоматическое. При чувствительной к цитостатикам опухоли и резектабельной первичной опухоли - вторая клиническая группа. Показано хирургическое удаление первичного очага с последующей паллиативной химиотерапией.*

- 3. Причина поздней диагностики: диагностическая ошибка гастроэнтеролога вследствие неправильной тактики диспансерного наблюдения.*

2. Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз).

Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170/180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1. Основное заболевание: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), впервые выявленный, в стадии субкомпенсации. Осложнения: Диабетическая нефропатия 2 ст. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия. Диабетическая и гипертоническая ретинопатия, 2 стадия (пролиферативная).*
- 2. Обследование:*
 - Анализ крови общий
 - Анализ мочи общий
 - Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль.
 - ЭКГ, ПКГ
 - холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, креатинин, мочевины, проба Реберга.
 - электролиты крови: калий, натрий, хлор.
 - УЗИ внутренних органов
 - УЗИ сердца
 - Консультация окулиста
 - Консультация невропатолога
- 3. Диф. диагностика с сахарным диабетом I типа, гипертонической болезни с симптоматической артериальной гипертензией.*

4. *Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение гипертензии - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.*

3. Больной Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь - 3-4 раза).

Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный. Осложнение: ИБС: перенесенный трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. НК- II-Б ст. Атеросклероз сосудов ног. Диабетическая ретинопатия II ст. Сопутствующее: Ожирение III ст.*
2. *Диагностика:*
 - 1) *общий анализ крови*
 - 2) *общий анализ мочи*
 - 3) *Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль.*
 - 4) *ЭКГ, ПКГ*
 - 5) *холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП.*
 - 6) *электролиты крови: калий, натрий, хлор, медь.*
 - 7) *УЗИ внутренних органов*
 - 8) *УЗИ сердца*
 - 9) *ВЭМ*
 - 10) *Консультация окулиста*
3. *Дифференциальная диагностика с сахарным диабетом I типа, между ИБС и диабетической миокардиодистрофией, ожирение различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга).*

4. *Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение ИБС и коррекция НК - нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, гиполипидемические средства.*

4. Больной М., 38 лет, поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в низу живота, перед дефекацией, частотой 5-6 раз в день. Жидкий стул, иногда с примесью слизи и крови, слабость, снижение трудоспособности, повышение температуры тела до 37,5 С, боли в суставах рук. Аппетит снижен, за время болезни похудел на 10 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левой голени 1 x 2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом нижнем квадранте. Урчание при пальпации слепой кишки. Печень, селезенка не увеличены.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Неспецифический язвенный колит с преимущественным поражением подвздошной кишки средней степени тяжести, синдром моторных нарушений с преобладанием ускоренного опорожнения. Узловатая эритема.*
2. *Обследование:*
 - 1) *анализ крови общий*
 - 2) *анализ мочи общий*
 - 3) *копрограмма*
 - 4) *анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы*
 - 5) *ФГДС и колоноскопия с биопсией из патологического участка*
 - 6) *флюорография*
 - 7) *УЗИ органов брюшной полости*
3. *Дифференциальная диагностика:*
 - *- инфекционные колиты*
 - *- болезнь Крона*
 - *- опухоли кишечника*
 - *- туберкулез кишечника*
 - *- поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия)*
4. *Лечение:*
 - 1) *диета*
 - 2) *сульфосалазин (2,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг)*
 - 3) *ректально гидрокортизон*
 - 4) *лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие)*
 - 5) *лечение обменных нарушений*
 - 6) *лечение дисбактериоза*

5. Больная А., 58 лет, продавец. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника. Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни без особенностей. Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Внутренние органы без существенной патологии.

Ан. крови: НЬ-123 г/л, Л- $7,3 \times 10^9$ /л, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%

Биохим.анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53%, глобулины а1 - 4%, а2-9%, в - 9%, у-25%, ревматоидный фактор - 0, мочевиная кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед, холестерин- 5,2 ммоль/л, СРБ -1.

Ан. мочи без изменений.

Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм, менее 25% нейтрофилов).

Иммунология крови на иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.

ЭКГ: полугоризонтальная электропозиция сердца.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: изменение формы тел позвонков, очаги субхондрального остеосклероза, краевые остеофиты.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз сочленяющихся поверхностей костей, по краям - крупные остеофиты, в эпифизах - кистовидная перестройка костной ткани.

1. Сформулировать диагноз
2. Назначить лечение
3. Обосновать прогноз и экспертизу трудоспособности

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Первичный полиостеоартроз, безузелковый, двусторонний гонартроз III степени, медленно-прогрессирующее течение, двустороннее поражение голеностопных суставов, спондилёз. ФНС 2 степени.*
2. *Тактика лечения:*
 - *разгрузка поражённых суставов*
 - *механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость)*
 - *НПВС и анальгетики*
 - *любриканты*
 - *физиолечение*

- *сосудистая терапия*
 - *при неэффективности - хирургическое лечение*
3. *Прогноз для заболевания неблагоприятный, для жизни - благоприятный. При наличии вторичного синовита - временная утрата трудоспособности.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

2. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгеноскопия пищевода; 3. эндоскопическая ультрасонография; 4. эзофагоскопия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

3. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены: 1. недостаточностью кардии; 2. рефлюксом желудочного содержимого в пищевод; 3. пептическим эзофагитом; 4. спазмом пищевода.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся:

- 1) нарушения проходимости комка пищи;
- 2) растяжение грыжевого мешка;
- 3) рефлюкс в пищевод; (+)
- 4) спазм пищевода;
- 5) ничего из перечисленного.

5. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья,

кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить:

- 1) рефлюкс-эзофагит; (+)
- 2) рак пищевода;
- 3) бронхиальную астму;
- 4) хронический гастрит;
- 5) ахалазию кардии.

6. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются:

1. повторные кровотечения; 2. пептическая язва пищевода; 3. стриктура пищевода.
- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 3;
- 4) если правильный ответ 3.

7. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Предполагаемый диагноз:

- 1) развитие рака пищевода; (+)
- 2) развитие рака желудка;
- 3) ущемление грыжи;
- 4) развитие рака печени;
- 5) развитие ценкеровского дивертикула.

8. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести: 1. анализа кала на скрытую кровь; 2. рентгеноскопии и рентгенографии пищевода; 3. эзофагогастроскопии; 4. цитологического исследования эксофолиативного материала.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

9. Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие: 1. дивертикула пищевода; 2. пептической язвы пищевода; 3. эзофагоспазма; 4. рака пищевода.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

10. Стриктура пищевода обычно обусловлена:

- 1) пептической язвой пищевода; (+)
- 2) хронической пневмонией;
- 3) язвенной болезнью;
- 4) катаральным рефлюкс-эзофагитом;
- 5) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

11. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод: 1. желудочного сока; 2. кишечного содержимого; 3. желчи; 4. трипсина.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Патологические механизмы рефлюкс-эзофагита включают: 1. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод; 2. воспаление дистальной части пищевода; 3. недостаточность кардии (ахалазия); 4. спазм пищевода.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно: 1. боли за грудиной; 2. страх смерти; 3. связь боли с положением тела; 4. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. Наиболее частыми осложнениями эрозивного рефлюкс-эзофагита являются: 1. рак пищевода; 2. изъязвления; 3. стриктура пищевода; 4. микрокровоотечения.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется: 1. ингибиторы протонной помпы; 2. ганатон; 3. подъем головного конца кровати; 4. частое дробное питание.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

16. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают: 1. пепсиноген; 2. соляную кислоту; 3. химозин; 4. секретин.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- 1) соляную кислоту; (+)
- 2) молочную кислоту;
- 3) гастромукопротеид;
- 4) муцин;
- 5) пепсиноген.

18. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- 1) муцин; (+)
- 2) бикарбонаты;
- 3) гастрин;
- 4) секретин;
- 5) внутренний фактор Касла.

19. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся: 1. анализ желудочного сока; 2. гастроскопия; 3. рентгеноскопия желудка; 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах эрадикационная терапия первой линии включает в себя: 1. клацид; 2. ингибиторы протонной помпы (контрлок, омепразол, эзомепразол); 3. амоксициллин; 4. ранитидин или фамотидин.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

(ПК-2)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план

	обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
--	---

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - $8,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 206 г/л, тромб. - $570 \times 10^9/л$, лейко. - $16,5 \times 10^9/л$. Лейкоформула (%): п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ- 0 мм/час. Гематокрит - 76/24 (%). В костномозговом пунктате трехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

1. Выскажите Ваши соображения относительно диагноза.
2. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.
3. Определите трудоспособность больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: эритремия. Необходимо дифференцировать со вторичными эритроцитозами гипоксического характера на фоне хронических заболеваний легких, почечных эритроцитозов и др., на что в данном случае указаний нет, но требуется провести дополнительно УЗИ внутренних органов, рентгенографию легких, в/в урографию.*
2. *Лечение: необходимо назначить кровопускания по 400 мл 2 раза в неделю с возмещением количества выведенной крови раствором реополиглюкина или солевыми растворами до снижения гематокрита 46-47%, затем назначить один из цитостатиков: имифоз или гидреа, или миелосан. Кроме того, необходимы гипотензивные препараты антиагреганты (трентал, аспирин), для снятия зуда- антигистаминные препараты.*
3. *Нетрудоспособен при подтверждении диагноза.*

2. Больная С., 50 лет, парикмахер. При поступлении предъявляет жалобы на утреннюю скованность в кистях до 12 часов дня, умеренные боли в мелких суставах кистей, локтевых, коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся к утру и при малейшем движении, изменение формы поражённых суставов, ограничение движений в них, слабость в руках, одышку

смешанного характера при подъёме на 2-ой этаж, периодически сердцебиение и колющие боли за грудиной, субфебрилитет, общую слабость. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6-6,5 лет назад после нервно-эмоционального перенапряжения с припухлости и болей во 2-ом и 3-ем пястно-фаланговых суставах левой руки. Через месяц присоединились боли и отёки в области проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов правой руки. Назначенное лечение индометацином привело к незначительному уменьшению суставного синдрома, однако полностью купировать его не удалось. Через 6 месяцев после перенесённого ОРВИ вновь усилился болевой синдром в кистях и появились боли в коленных и голеностопных суставах. В течение последних 3 лет на фоне обострения суставной симптоматики стало беспокоить сердцебиение, одышка при ранее переносимых нагрузках и боли за грудиной. Последнее ухудшение самочувствия связывает с физическим перенапряжением.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, по конституции - нормостеник, t тела - 37 С. Кожные покровы на руках достаточно сухие, с участками шелушения, тургор тканей рук снижен, расчёсов нет. Атрофия червеобразных мышц кистей. Сила рук 3 балла. На разгибательной поверхности предплечий - безболезненные плотноватые узелковые образования 0,5x0,8 см, не спаянные с окружающими тканями. Отмечается припухлость 2-5 проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, повышение кожной температуры над этими суставами, болезненность их при пальпации и ограничение активных движений в них. Положителен симптом бокового сжатия кистей. Дефигурация локтевых суставов и болезненность их при пальпации. Положителен симптом баллотирования надколенника справа, припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе. Крепитация и треск при движениях в левом коленном суставе и обоих голеностопных суставах.

Число дыхательных движений - 17 в минуту, ЧСС=PS=84 в минуту, АД=120/80 мм Hg, несколько приглушен 1-ый тон на верхушке сердца. В остальном внутренние органы без видимой патологии. Клин.ан.крови: Hb - 112 г/л, цв.пок. - 0,9, L - $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,7 ммоль/л, ПТИ - 88%

Биох.ан.крови: общ.белок - 70,2 г/л, альбумины - 51%, глобулины a1 - 4%, a2 - 9,7%, в - 12,3%, у - 23%; билирубин - 15,5 мкмоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л, сиаловые кислоты-2,86 ммоль/л, СРБ-2, мочевиная кислота - 250 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед., ревматоидный фактор 2, сывороточное железо - 22 мкмоль/л.

Иммунология крови на ЦИК - 125 ед., ревматоидный фактор Ig M - 60 усл. ед., Ig A - 16 усл.ед., антитела к нативной ДНК - 250 Me

Общ.ан.мочи: без существенных изменений

Кал на я/г - отриц.

Исследование синовиальной жидкости - 22 000 клеток/мм, преимущественно нейтрофилы, наличие рагоцитов.

Рентгенография кистей: явный околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей проксимальных м/ф суставов, единичные узурсы эпифизов костей.

ЭКГ: нормальная элетропозиция сердца, синусовая тахикардия 85 в мин., диффузно-дистрофические изменения миокарда.

Эхокардиоскопия - аорта не уплотнена, не расширена (26мм). ЛП не увеличено (35мм). ЛЖ - кдр 45 мм, кср 35 мм. МЖП 9 мм. ЗСЛЖ 10 мм. Зоны гипо- и акинезии не выявлены. Фракция выброса 60 %. Клапанной патологии не обнаружено.

Рентгенография легких - легочные поля чистые, без инфильтративных изменений. Корни структурные. Купола диафрагмы расположены симметрично с обеих сторон. Сердце - контур не изменен.

1. Установить предварительный диагноз

2. Составить план дополнительного обследования
3. Провести дифференциальный диагноз
4. Наметить тактику лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Ревматоидный полиартрит с внесуставными и системными проявлениями: амиотрофия, трофические нарушения кожи, ревматоидные узелки, анемия, миокардиодистрофия. Активность 2 степени. Медленно-прогрессирующее течение. Рентгенологическая стадия 2. ФНС 2 степени.*
2. *План дополнительных исследований:*
 - *Клинический анализ крови*
 - *Анализ крови на сахар, ПТИ*
 - *Биохимия крови на белковые фракции, АСЛ-О, ревматоидный фактор, мочевую кислоту, СРБ, сиаловые кислоты, сывороточное железо*
 - *Иммунология крови на ревматоидный фактор иммуноглобулин А,М, антитела к нативной ДНК, ЦИК.*
 - *Общий анализ мочи*
 - *Кал на я/г*
 - *Исследование синовиальной жидкости на цитоз, рагоциты*
 - *ЭКГ*
 - *Эхокардиоскопия*
 - *Рентгенография кистей*
 - *Рентгенография легких*
3. *Дифференциальный диагноз с фибромиалгией, остеоартритом, метаболическими заболеваниями, коллагенозами, саркоидозом, паранеопластической полиартропатией.*
4. *Тактика лечения:*
 - *препараты 1-ой линии - НПВС*
 - *препараты 2-ой линии - базисные средства (соли золота, метотрексат, Д-пеницилламин, аминохинолиновые производные, циклоспорин А)*
 - *Глюкокортикостероиды*
 - *Препараты, улучшающие метаболизм в сердечной мышце*
 - *Реабилитация*

3. Больной А., 34 лет, военнослужащий. При поступлении жалобы на периодические боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в левом тазобедренном, в правом лучезапястном суставах, обоих коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся в конце рабочего дня и в ночное время, рези в глазах. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 9 лет, когда через месяц после дизурических явлений появились боли, припухлость и повышение местной температуры левого голеностопного сустава. Эти явления носили рецидивирующий характер. Затем присоединились боли в правом голеностопном и обоих коленных суставах. В течение последних 1-1,5 лет на фоне обострения стали появляться боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, температура тела повышалась до 37,5-38,1 градусов. СОЭ поднималось до 49 мм/ч. Периодически в течение последних двух лет на фоне обострения болей в суставах возникало ощущение песка в глазах, повышенное слезотечение и рези в глазах в конце рабочего дня. Больной достаточно активный, телосложение правильное, питание удовлетворительное, трофические нарушения ногтей, по коже полиморфная сыпь, чешуйчатое шелушение в виде бляшек на конечностях. Инъецированность обеих склер. В поясничном отделе позвоночника при пальпации

болезненность и напряжение прямых мышц спины. Ограничение движений в пояснично - крестцовом отделе позвоночника. Симптом Отта - 2,5 см, симптом Шобера - 1,5 см. Болезненность в области крестцово - подвздошных сочленений, положителен симптом Кушелевского. Умеренная деформация коленных, голеностопных и правого лучезапястного суставов за счет экссудативно-пролиферативных изменений. В указанных суставах ограничение движений и умеренная болезненность при пальпации. Незначительное повышение кожной температуры над коленными, голеностопными и правым лучезапястным суставом. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия, больше справа. Внутренние органы без существенных изменений.

Клин. анализ крови: Hb-160 г/л, L-10,0x¹⁰ /л, СОЭ-39 мм/ч.

Биохим. анализ крови: общий белок-84,7 г/л, альбумины - 52%, глобулины - a1 - 3,8%, a2 - 9,2%, в - 12%, y - 23%; билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 4,6 ммоль/л, серомукоид-0,09 ед., гексозы-150 ед., СРБ-2, АСЛ - О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,88 ммоль/л, мочевая кислота - 375 мкмоль/л.

Анализ крови на сахар - 4,8 ммоль/л, ПТИ - 87%.

Общий анализ мочи - с/желт., нейтр., уд. вес 1017, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроц. - 0-1 в п/зр., эпителий - 2-4 в п/зр.

Кал на я/г - отриц.

Исследование крови на наличие HLA - B27 (+)

Иммунологическое исследование крови - ЦИК - 75%, ревматоидный фактор IgM - 10,5 усл.ед.

Исследование синовиальной жидкости - выявлена незначительная воспалительная клеточная реакция с преобладанием нейтрофилов.

Расширенный мазок на урогенитальную флору - обнаружено присутствие хламидий.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца.

Рентгенография суставов: кисти- умеренно выраженный эпифизарный остеопороз в области правой кисти, единичные кистовидные просветления костной ткани. Голеностопных суставов - сужения суставных щелей, околоуставной остеопороз, справа - единичные эрозии и периостит в области ахиллова сухожилия. Поясничный отдел позвоночника - определяется крупный односторонний синдесмофит. Крестцово-подвздошные сочленения - слева суставные поверхности неровные, нечеткие, суставная щель сужена.

Консультация дермато-венеролога - аллергический дерматит в сочетании с кератодермией.

1. Установите предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Наметьте тактику лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Болезнь Рейтера, стадия обострения. Активность 2 степени. ФНС 2 степени. Двусторонний хронический конъюнктивит.*
2. *План дополнительных методов обследования:*
 - *Биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О, белковые фракции, сиаловые кислоты)*
 - *Анализ крови на сахар, ПТИ*
 - *Анализ мочи общий*
 - *Кал на я/г*
 - *ЭКГ*
 - *Определение антигена гистосовместимости HLA -B27*
 - *Иммунологическое исследование крови на ревматоидный фактор иммуноглобулин М, ЦИК.*

- *Исследование синовиальной жидкости на бак.посев, цитоз*
 - *Расширенный мазок на урогенитальную флору*
 - *Рентгенологическое исследование пораженных суставов*
 - *Консультация окулиста, дермато-венеролога*
3. *Дифференциальный диагноз: с бактериальными артритам, ревматическим артритом, подагрой, ревматоидным артритом, псориатическим артритом, болезнью Бехтерева.*
4. *Тактика лечения:*
- *Иммобилизация воспаленных суставов*
 - *Антибиотики*
 - *НПВС*
 - *Кортикостероиды внутрисуставно*

4. Больной Л., 39 лет, автослесарь. При поступлении жалобы на постоянные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся при движении, чихании, физической нагрузке, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике, ограничение движений в пораженных суставах. Из анамнеза выяснено, что страдает этим заболеванием около 10 лет. Начало болезни острое, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно находился на лечении у невропатолога по поводу болей в позвоночнике и резко ускоренного СОЭ до 50 мм/ч. Больной с трудом передвигается из-за боли в коленных и тазобедренных суставах. По конституции астеник, питание удовлетворительное. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом "тетивы". Выраженная припухлость и деформация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера. Внутренние органы без существенных изменений.

1. Установите предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Наметьте тактику лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Болезнь Бехтерева, периферическая форма, стадия 2, степень активности 2, ФНС 2 степени.*
2. *План дополнительных методов исследования:*
 - *клинический анализ крови, анализ крови на сахар и ПТИ*
 - *биохимический анализ крови на ревмопробы (сиаловые кислоты, ревматоидный фактор, белковые фракции, АСЛ - О)*
 - *определение антигена гистосовместимости HLA-B27*
 - *иммунологическое исследование крови на ревматоидный фактор IgM, ЦИК*
 - *общий анализ мочи*
 - *кал на я/г*
 - *исследование синовиальной жидкости коленных суставов на цитоз*
 - *рентгенограммы позвоночника в 2-х проекциях*

- консультация невропатолога
3. Дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом, с болезнью Форестье, с псориатической артропатией, с болезнью Рейтера, с паранеопластическим процессом.
 4. Тактика лечения:
 - социальная реабилитация
 - НПВС
 - внутрисуставное введение глюкокортикоидов
 - миорелаксанты

5. Больная Т., 22 лет, секретарь-референт. Заболела около 7 месяцев назад: появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура тела, увеличение СОЭ до 38 мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 6 месяцев стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на левый глаз.

Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение АД. Направлена в стационар.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа умеренно бледная, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке - 230/130 мм рт. ст., на левой - 150/130 мм рт. ст., на ногах - 220/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз: неспецифический аортоартериит с поражением дуги аорты и ее ветвей, подострое течение, активность 2 степени.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, анализ крови на реакцию Вассермана, серологические реакции на сифилис, общий анализ мочи, ЭКГ, аортография, доплерография аорты и ее ветвей, эхокардиоскопия.
3. Сифилитический аортит, гипертрофическая кардиомиопатия, ревматизм, активная фаза.
4. Тактика лечения: глюкокортикостероиды, НПВП.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении: 1. суставов поясничного отдела позвоночника; 2. симфиза; 3. тазобедренных суставов; 4. илеосакральных сочленений.

1) если правильны ответы 1, 2 и 3;

2) если правильны ответы 1 и 3;

- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4; (+)
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

2. Для системной склеродермии характерно развитие: 1. диффузного пневмофиброза; 2. базального пневмофиброза; 3. адгезивного плеврита; 4. увеличения размеров сердца.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

3. Маркерными переломами при постменопаузальном остеопорозе являются

- 1) перелом шейки бедра
- 2) перелом Коллеса
- 3) перелом тела позвонка
- 4) верно 1 и 2
- 5) верно 1 и 3
- 6) верно 2 и 3(+)

4. К белкам острой фазы относятся: 1. С-реактивный белок; 2. гаптоглобулин; 3. альфа-глобулин; 4. церуллоплазмин.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

5. Маркерным переломом при сенильном остеопорозе являются

- 1) перелом шейки бедра(+)
- 2) перелом Коллеса
- 3) перелом тела позвонка
- 4) верно 1 и 2
- 5) верно 1 и 3
- 6) верно 2 и 3

6. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- 1) ревматизма;
- 2) системной красной волчанки;
- 3) дерматомиозита; (+)
- 4) ревматической полимиалгии;
- 5) системной склеродермии.

7. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- 1) локтевых суставах;
- 2) плечевых суставах;

- 3) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах; (+)
- 4) коленных суставах;
- 5) голеностопных суставах.

8. Для остеоартроза характерно: 1. наличие боли "механического" типа в суставах; 2. периодическая "блокада" суставов; 3. медленное развитие болезни; 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

9. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями арита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) ревматоидный артрит;
- 2) острая ревматическая лихорадка;
- 3) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза); (+)
- 4) вирусный артрит;
- 5) подагрический артрит.

10. В отношении острой ревматической лихорадки справедливо: 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; 2. наличие критериев Киселя-Джонса; 3 склонность к формированию порока сердца; 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

11. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно: 1. деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата; 2. поражение крупных суставов; 3. высокие показатели активности ревматического процесса; 4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 1, 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения: 1. возбудителем является гонококк; 2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага; 3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность; 4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

13. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- 1) сохранение или ослабление I тона;
- 2) отсутствие II тона;
- 3) мезосистолический щелчок;
- 4) аортальный тон изгнания;
- 5) протодиастолический шум. (+)

14. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- 1) гигантоклеточный артериит; (+)
- 2) геморрагический васкулит;
- 3) узелковый периартериит;
- 4) болезнь Бюргера;
- 5) микроскопический полиангиит.

15. Для системной красной волчанки характерно: 1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания; 2. алоpecia может быть локализованной или диффузной; 3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами; 4. встречаются дискоидные очаги.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2 и 4. (+)

16. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить

- 1) с острым гломерулонефритом
- 2) с хроническим нефритом
- 3) с экстракапиллярным нефритом
- 4) с бактериальным эндокардитом
- 5) со всеми перечисленными заболеваниями (+)

17. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться: 1. переходящими нарушениями мозгового кровообращения; 2. судорогами; 3. периферической полинейропатией; 4 психозами.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

18. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке являются: 1 активность волчаночного нефрита; 2. высокая общая активность болезни; 3. резистентность к глюкокортикостероидам; 4. выраженность синдрома Рейно.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- 1) лица, пальцев кистей и стоп;
- 2) туловища, лица и конечностей; (+)
- 3) в основном туловища;
- 4) в основном лица;
- 5) в основном пальцев кистей.

20. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почке является:

- 1) бета-адреноблокаторы;
- 2) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; (+)
- 3) нативная плазма;
- 4) глюкокортикостероиды
- 5) цитостатики.

(ПК-3)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 60 лет, госпитализирован в клинику в связи с развитием нижнего парапареза без нарушения функций тазовых органов. Умеренная нормохромная анемия Нв - 88 г/л, уровни лейкоцитов и тромбоцитов нормальные, СОЭ - 50 мм/час. Общий белок сыворотки крови 100 г/л,

в гамма-зоне М-градиент - 54%, в моче белок Бенс-Джонса киппа-типа. В костном мозге - плазматические клетки 30%. Неврологическая симптоматика: компрессия спинного мозга на уровне 8 грудного позвонка. Ранее не лечился.

1. Ваш диагноз.
2. Развитие какого поражения почек возможно у данного больного и почему.
3. Назначьте лечение больному.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: миеломная болезнь, диффузная форма.*
2. *У больного возможно развитие миеломной нефропатии, проявляющейся протеинурией при отсутствии отеков и гипертонии, которая может осложниться почечной недостаточностью. Для исключения этого необходимо исследование крови на мочевины, креатинин.*
3. *Лечение: нужно назначить цитостатики: циклофосфан или сарколизин в сочетании с кортикостероидами и анаболическими стероидами. Наличие компрессии спинного мозга диктует необходимость нейрохирургической операции на позвоночнике.*

2. Больная Н., 43 лет. Больной себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, отмечала умеренное припухание указанных суставов, однако к врачу не обращалась, принимала анальгетики. В этот же период стала отмечать появление стойкой эритемы на щеках и спинке носа в весенне-летний период, периодически без видимой причины повышалась температура тела до субфебрильных цифр. Через 4 года от начала заболевания больная стала отмечать боли практически во всех суставах, в поясничной области. Лечилась амбулаторно по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, принимала НПВП, физиопроцедуры с незначительным эффектом. За последние 6 месяцев стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног в вечернее время, боли в правом подреберье и в правой половине грудной клетки, похудела на 10 кг. За 2 недели до обращения к врачу заметила увеличение размеров живота, появление болей за грудиной постоянного характера, одышка стала беспокоит в покое, облегчалась сидя и в коленно-локтевом положении, температура повышалась ежедневно до 38-38,5 С. С амбулаторного приема больная направлена в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа бледная, эритема на щеках и спинке носа. Пальпируются умеренно увеличенные задне-шейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая деформация пароксизмальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, деформаций суставов не отмечается, пальпация умеренно болезненна. При перкуссии грудной клетки выявлено укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа от уровня 4 межреберья, в зоне притупления дыхание не проводится, выше места притупления выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается шум трения перикарда, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, распластан, при перкуссии определяется притупление по боковым флангам живота, смещающееся вниз при перемене положения тела. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: системная красная волчанка, подострое течение, активность 2 степени, лимфоаденопатия, артрит, полисерозит - плеврит, перикардит, пневмонит, нефрит. Осложнение: НК 2-Б ст.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, с целью подтверждения нозологической единицы - иммунологический анализ крови на АТ к нативной ДНК, на антинуклеарный фактор, анализ крови на LE-клетки, с целью подтверждения характера поражения легких (плеврит, пневмонит) - рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральной полости с определением кол-ва жидкости, плевральная пункция с анализом экссудата общим и на LE-клетки, с целью уточнения характера поражения сердца (перикардит, люпус-кардит?) - эхокардиоскопия, с целью оценки функции почек - пробы Зимницкого и Реберга.*
3. *Ревматоидный артрит с системными проявлениями, лимфогранулематоз (полилимфоаденопатия, плеврит), туберкулез (пневмонит, плеврит, полилимфоаденопатия).*
4. *Тактика лечения: снижение активности воспалительного процесса, подбор постоянной иммуносупрессивной терапии.*

3. Больной М., 18 лет. За месяц до поступления перенес ОРВИ, лечился амбулаторно анальгином, парацетамолом, бисептолом. На фоне приема лекарств отметил боль и припухание в коленных суставах, геморрагические высыпания на коже голеней. После отмены лекарств и приема антигистаминных препаратов боль в суставах и высыпания исчезли. Через 3 недели в связи с появившимся субфебрилитетом самостоятельно возобновил прием бисептола. Состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 38,8 С, появились геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, резко усилилась головная боль.

С подозрением на менингит госпитализирован в инфекционное отделение. Через 2 дня присоединились схваткообразная боль в животе и понос с примесью крови. Однократно была рвота цвета "кофейной гущи".

При осмотре: состояние крайне тяжелое, температура тела 38С. Больной резко бледен, истощен. На коже разгибательных поверхностей голеней и стоп множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы деформированы, движения в них резко болезненны. Пульс ритмичный, слабого наполнения - 110 в мин. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 24 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот втянут, при поверхностной пальпации резко болезненный. Стул 3-4 раза в сутки с примесью крови. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: геморрагический васкулит с кожно-геморрагическим, суставным, почечным и абдоминальным синдромом. Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение.*

2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, время кровотечения, скорость свертывания крови, кол-во тромбоцитов, консультация окулиста - глазное дно, биомикроскопия конъюнктивы, фиброгастродуоденоскопия, исследование каловых масс, консультация невропатолога.*
3. *Менингит, тромбоцитопеническая пурпура, реактивный артрит, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, гломерулонефрит.*
4. *Тактика лечения: цитостатики, глюкокортикоиды, дезагреганты.*

4. Больной Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При поступлении жалуется на сильную слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии.

Болен в течение недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева - 1,5 x 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 x 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела - 38,9 С. Суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область, диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острый бактериальный эндокардит. Осложнение: НК - 2 – Б. Сопутствующие: врожденный порок сердца: дефект мышечной части межжелудочковой перегородки.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, анализ крови на стерильность, посев на гемокультуру и чувствительность к антибиотикам, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, фонокардиография.*
3. *Сепсис, ревматизм, острая фаза, гемолитическая анемия, гемолитический криз.*
4. *Тактика лечения: внутривенное введение антибиотиков в больших дозах.*

5. Больная С., 19 лет, студентка. Предъявляет жалобы на боли в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, непостоянного мигрирующего характера, немотивированную общую слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную лихорадку,

одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство “замирания” в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. Приступив год назад к учебе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъеме в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда тупые ноющие боли в прекардиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фоликулярную ангину, лечилась эритромицином в течение 6 дней. Несмотря на исчезновение болей в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и дефигурация левого голеностопного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации легких - ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих легких, ЧДД - 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Конфигурация сердца митральная. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Тоны аритмичны, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС - 78-84 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ревматизм: активная фаза, активность 2 степени, возвратный ревмокардит, подострое течение, ревматический артрит. Ревматический порок сердца: недостаточность митрального клапана, нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии, НК 2-Б стадии.*
2. *План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, эхокардиоскопия, анализ крови на АСЛ-О, АСГ, АСК, СРБ, ДФА, сиаловые кислоты, посев крови на гемокультуру, рентгенография голеностопных и лучезапястных суставов, суставов кистей рук, рентгенография грудной клетки, рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода, проба Нечипоренко.*
3. *Неревматический миокардит, инфекционный эндокардит.*
4. *Тактика лечения: антибиотики пенициллинового ряда, НПВП. Обсудить вопрос о целесообразности назначения глюкокортикоидов. Диуретики, титрирование дозы ингибиторов АПФ.*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Доказанными этиологическими факторами образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются: 1. инфекция *Helicobacter pylori*; 2. переедание; 3. НПВП; 4. торопливая еда.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

2. Из местных механизмов ульцерогенеза основная роль отводится: 1. моторно-эвакуаторным нарушениям; 2. кислотно-пептическому фактору; 3. состоянию защитного слизистого барьера; 4. обратной диффузии ионов водорода.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

3. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

4. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся: 1. дуоденогастральный рефлюкс; 2. хеликобактер пилори; 3. антральный гастрит; 4. высокая кислотообразующая функция желудка.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

5. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию: 1. язвы пилороантрального отдела желудка; 2. язвы кардиального отдела желудка; 3. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; 4. эрозивного дуоденита.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

6. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают: 1 раз в год; 2. 4 и более раз в год; 3. 2 раза в год; 4. периодов ремиссии не существует.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

7. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- 1) рвота желчью;
- 2) урчание в животе;
- 3) резонанс под пространством Траубе;
- 4) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи; (+)
- 5) видимая перистальтика.

8. Подтвердить пенетрацию язвы может: 1. уменьшение ответной реакции на антациды; 2. появление болей в спине; 3. усиление болей; 4. изменение характерного ритма язвенных болей.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

9. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:

- 1) активность амилазы; (+)
- 2) активность липазы;
- 3) уровень глюкозы;
- 4) активность щелочной фосфатазы;
- 5) активность трансаминазы.

10. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни:

- 1) стенозе выходного отдела желудка;
- 2) малигнизации язвы; (+)
- 3) пенетрации язвы;
- 4) микрокровоотечении из язвы;
- 5) перфорации язвы.

11. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении:

- 1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны; (+)
- 2) функциональном стенозе;
- 3) малигнизации язвы;
- 4) пенетрации язвы;
- 5) перфорации язвы.

12. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

- 1) локализация язвы;
- 2) величина язвы;
- 3) отсутствие хронического рецидивирующего течения; (+)
- 4) кровотечение;
- 5) частая пенетрация.

13. Язва желудка на фоне четырехнедельного лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела. Дальнейшая тактика ведения больного включает:

- 1) продолжение прежнего лечения;
- 2) внесение коррекции в лечение;
- 3) проведение эндоскопии, с прицельной биопсией и гистологическим исследованием; (+)
- 4) постановка вопроса о хирургическом лечении;
- 5) перерыв в лечении.

14. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся: 1. стрессовые; 2. эндокринные; 3. медикаментозные; 4. язвы при патологических состояниях других внутренних органов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

15. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами: 1. кортикостероидами; 2. ацетилсалициловой кислотой в малых дозах; 3. НПВС; 4. резерпином.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

16. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся: 1. демпинг-синдром; 2. гипогликемический синдром; 3. постгастрорезекционная дистрофия; 4. функциональный синдром приводящей петли.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

17. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся: 1. синдром приводящей петли; 2. деформация и сужение анастомоза; 3. острый (хронический) холецистопанкреатит; 4. пептическая язва культи желудка или анастомоза.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;

- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

18. Патогенез раннего демпинг-синдрома обусловлен: 1. ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку; 2. повышением осмотического давления в тонкой кишке; 3. снижением объёма циркулирующей плазмы; 4. гипогликемией.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Для раннего демпинг-синдрома характерны: 1. слабость после приема пищи; 2. головные боли, головокружение; 3. снижение артериального давления; 4. брадикардия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. Демпинг-синдром чаще развивается после употребления: 1. молочных блюд; 2. жидких каш; 3. сладких блюд; 4. вино-водочных изделий.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

(ПК-4)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 4 Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-4.1 Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ПК-4.2 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу ПК-4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 145 г/л, тромб. - $350 \times 10^9/л$, лейкоц. - $77 \times 10^9/л$, сегм. - 1%, лимф. - 97%, мон. - 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ - 20 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.
3. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.*
2. *Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов (см. миелограмму).*
3. *Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.*

2. Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области пораженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Внутренние органы без существенных видимых изменений.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Наметить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: подагра, смешанная форма, олигоартрит 1-го и 2-го правых плюсне-фаланговых суставов и правого голеностопного сустава, активность 1-2 степени. Подагрическая нефропатия. Вторичный олигоостеоартроз 1-го и 2-го плюсне-фаланговых и голеностопного суставов справа. ФНС I степени.*
2. *План обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, белковые фракции), исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочекислого натрия методом поляризационной микроскопии, аспирация содержимого тофусов на кристаллы мочевой кислоты, кал на я/з, УЗИ - обследование почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, при необходимости - ренография и компьютерная томография области почек, консультация уролога, ЭКГ, рентгенография пораженных суставов.*
3. *Дифференциальный диагноз со вторичным синовитом при первичном остеоартрозе, с ревматоидным артритом, с болезнью Рейтера, с псевдоподагрой, с паранеопластическим процессом, с амилоидозом почек.*
4. *Тактика лечения: купирование острого приступа подагры:*
 - а) покой и иммобилизация пораженных суставов
 - б) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами и отказ от алкоголя
 - в) колхицин или большие дозы НПВС коротким курсом
 - г) при отсутствии эффекта рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов
 - Базисная терапия в данном случае будет состоять из соблюдения диеты и приема аллопуринола на 4-6 месяцев под контролем уровня мочевой кислоты в крови.

3. Больная З., 59 лет, станочница. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 12 лет. Начало заболевания постепенно с поражения коленных и голеностопных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в коленных суставах и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены, зон поверхностей кожной термоасимметрии не выявлено. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен, объем пассивных движений сохранен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Наметить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: первичный полиостеоартроз, безузелковый, двусторонний гонартроз III степени, медленно-прогрессирующее течение, спондилез, ФНС 2 степени.*
2. *План дополнительного обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, уровень мочевины, креатинина, белковые фракции), анализ крови на сахар, ПТИ, кал на я/г, иммунологическое исследование крови на иммуноглобулины А, G, М, исследование синовиальной жидкости на цитоз, сцинтиграфия с пирофосфатом технеция, тепловизионное обследование суставов.*
3. *Дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, псориатической артропатией, диабетической артропатией, ревматической полимиалгией, подагрой.*
4. *Тактика лечения: разгрузка пораженных суставов, механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость), НПВС и анальгетики, любриканты, физиолечение, сосудистая терапия, при неэффективности - хирургическое лечение.*

4. Мужчина 63 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента.) При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 125/82 мм рт. ст., частота дыхания 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жестким оттенком, по всем легочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ1 90% от нормы.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Основной рекомендацией является отказ от курения. Табакокурение является основным модифицируемым фактором риска предотвращения смертности. Курение негативным образом влияет на большинство органов человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире от заболеваний, связанных с курением табака каждые 6 секунд умирает один человек, а ежегодно по этой причине умирают 5 миллионов человек. С курением связана преждевременная смертность по причине злокачественных новообразований, заболеваний сердца, сосудов, хронических болезней легких. У курильщиков риск инфаркта миокарда в 4–5 раз выше, чем у некурящих. Рак легкого примерно в 90% случаев обусловлен длительным курением. У людей,*

выкуривающих по две или более пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака легкого повышен на 60–70% по сравнению с некурящими.

2. *Установлено, что врачебное вмешательство значительно повышает вероятность отказа пациента от курения. Врачу необходимо воспользоваться системным подходом для стимулирования отказа от курения.*
 - *При каждом обращении пациента спрашивать о курении.*
 - *Посоветовать отказаться от курения с персональными рекомендациями по снижению риска, в данном случае связать курение с хроническим кашлем и одышкой.*
 - *Оценить желание пациента прекратить курение.*
 - *Помочь с отказом от курения посредством консультирования и фармакологической поддержки.*
 - *Обеспечить контроль и поддержку отказа от курения.*
3. *Существуют два основных подхода к фармакологической поддержке отказа от курения:*
 - *Никотин-заместительная терапия, которая может осуществляться в различных формах, таких как жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, никотиновый ингалятор и др.,*
 - *Медикаменты, снижающие никотиновую зависимость, к ним относятся Бупропион и Варениклин.*
4. *У данного пациента наиболее вероятной причиной хронического кашля является курение. Обязательными исследованиями должны быть спирометрия (которая уже выполнена) и рентгенография легких. Менее вероятными причинами хронического кашля у данного пациента, которые, тем не менее, нельзя полностью исключить, могут быть гастроэзофагеальный рефлюкс и хронический кашель, связанный с инфекцией верхних дыхательных путей, в связи с чем следует рассмотреть проведение фибродуоденоскопии, рентгенографии (или компьютерной томографии) придаточных пазух носа.*
5. *Курение является важным фактором риска развития ХОБЛ. Однако, для постановки диагноза «ХОБЛ» требуется подтверждение наличия бронхиальной обструкции при спирометрии, что отражается отношением $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$. У данного пациента отношение $ОФВ1/ФЖЕЛ$ превышает 0,7 поэтому диагноз «ХОБЛ» является неправомерным.*

5. Пациент N, 47 лет, деятель искусства, обратился к семейному врачу в поликлинику. Из анамнеза известно: страдает хроническим обструктивным бронхитом около 15 лет, курит по пачке сигарет в день, наличие других хронических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена. Имеет высшее образование. Спортом не занимается. В настоящее время пациент заметил, что усилилась одышка при умеренной физической нагрузке (ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице на 2-й этаж), кашель со слизисто-гнойной мокротой, затрудненное дыхание, слабость, потливость, когда неделю назад побывал на конференции в другом городе. Температура тела периодически к вечеру повышается до субфебрильных цифр. Объективный осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Удовлетворительного питания. Кожа обычной окраски, чистая, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отеков и пастозности нет. Волосы и ногти не изменены. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации мягкой консистенции, безболезненная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система развита удовлетворительно. Суставы внешне не изменены. Сердечно-сосудистая система. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5–2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При

перкуссии границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Система органов дыхания. При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется легочный звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. ЧД – 24 в 1 мин. При аускультации над легкими с обеих сторон определяется жесткое дыхание с удлиненным выдохом, на фоне которого – сухие свистящие хрипы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна. Стул и диурез в норме. Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; Hb – 150 г/л; ЦП – 0,9; тромбоциты – 240×10^9 /л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л; нейтрофилы палочкоядерные – 2 %; нейтрофилы сегментоядерные – 53 %; эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 32 %; моноциты – 8 %; СОЭ – 20 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?
4. Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансерное наблюдение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ХОБЛ II степени (среднетяжелое течение), низкий риск обострений (B). Эмфизема легких.*
2. *Исследование мокроты. Цитологическое исследование мокроты дает информацию о характере воспалительного процесса и его выраженности и является обязательным методом. Культуральное микробиологическое исследование мокроты целесообразно проводить при неконтролируемом прогрессировании инфекционного процесса и подборе рациональной антибиотикотерапии. Газовый состав крови. Исследование газового состава артериальной крови для выявления гипоксемии и гиперкапнии – для рутинного наблюдения можно провести пульсоксиметрию, информативную при сатурации (насыщении) O₂ крови более 92 %; при развитии осложнений она не заменяет прямого исследования. Иммунологическое исследование крови является дополнительным и проводится при неуклонном прогрессировании инфекционного воспалительного процесса для выявления признаков иммунной недостаточности.*
3. *Обязательные методы исследования:*
 - *Спирометрия – проводится для постановки диагноза и контроля эффективности лечения (по доступности): определение объема форсированного выдоха за первую секунду – ОФВ1 и индекса Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ). Постбронходилатационное значение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 от должной величины – признак обструкции и критерий наличия ХОБЛ.*
 - *Рентгенография органов грудной клетки при первом обращении. Далее по показаниям, но не реже 1 раза в год.*
 - *Пульсоксиметрия показана больным с ОФВ1 < 50 %, а также в период обострения и пациентам с одышкой в покое (по доступности).*
 - *Электрокардиография – могут быть признаки перегрузки и/или гипертрофии правых отделов сердца.*
 - *САТ-тест (для оценки выраженности симптомов и качества жизни больного).*
 - *Оценка выраженности одышки по шкале mMRC.*
 - *Тест Фагерстрема (всем курильщикам, для определения степени табачной зависимости).*

- Нефармакологическое воздействие.
 - Образовательные программы.
 - Снижение влияния факторов риска (в том числе, прекращение курения).
 - Лекарственная терапия:
 - Бронхолитические препараты.
 - Противовоспалительные препараты (ингаляционные глюкокортикостероиды).
 - Антибактериальные препараты (только при инфекционном обострении).
 - Муколитические препараты.
 - Длительная кислородотерапия и неинвазивная вентиляция легких (по доступности).
 - Оценка симптомов ХОБЛ. Оценка теста (САТ) или Шкала одышки (mMRC).
 - Оценка риска обострений ХОБЛ. Частота обострений + Спирометрия.
 - Оценка ограничения скорости воздушного потока. Спирометрическая классификация ХОБЛ.
 - Оценка сопутствующих заболеваний ХОБЛ. Сопутствующие заболевания необходимо активно выявлять и лечить.
3. *Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансерное наблюдение. Временная нетрудоспособность. При легкой степени тяжести во время обострения ориентировочные сроки временной нетрудоспособности у больных ХОБЛ составляет 10–12 дней. При средней степени тяжести временная нетрудоспособность у больных ХОБЛ составляет 20–21 день. При тяжелой степени тяжести – 21–28 дней. При крайне тяжелом течении – сроки временной нетрудоспособности составляют до 35 дней, из них стационарное лечение – до 23 дней. Стойкая нетрудоспособность III группа инвалидности устанавливается при легком или средней тяжести течения ХОБЛ, ДН I–II или II ст. и СН 0–I ст., приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, передвижению I ст., при необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности и невозможности рационального трудоустройства по заключению ВК лечебно-профилактических учреждений. II группа инвалидности устанавливается при тяжелой или средней тяжести течения ХОБЛ, ДН II–III ст. и СН I–II ст., приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, передвижению II ст. В ряде случаев больные могут работать в специально созданных условиях, на дому, с учетом профессиональных навыков. I группа инвалидности устанавливается при тяжелом прогрессирующем течении ХОБЛ, ДН III ст. и СН III ст., приводящих к ограничению способности к самообслуживанию, передвижению III ст. Первичная профилактика ХОБЛ включает здоровый образ жизни, прекращение курения, исключение влияния пассивного табачного дыма, а также различных атмосферных и домашних загрязнителей, производственных вредностей. Вторичная профилактика заключается в раннем выявлении и своевременном лечении ХОБЛ. Вторичная профилактика ХОБЛ направлена на предупреждение обострений болезни и ее прогрессирования. Здесь играет роль рациональное трудоустройство больного, периодическое назначение курсов витаминотерапии, регулярное проведение лечебной физкультуры с дыхательной гимнастикой, санаторно-курортное лечение, лечение очагов инфекции. Диспансерное наблюдение:*
1. Больные с ХОБЛ должны находиться под наблюдением семейного врача 3–4 раза в год

2. По показаниям – консультация пульмонолога, аллерголога, оториноларинголога.
3. Пациент должен быть обучен правилам пользования дозированным ингалятором, спейсером, небулайзером, пикфлоуметром, при необходимости – кислородным концентратором.
4. Регулярная вакцинация противогриппозными и антипневмококковыми (Str. Pneumonia) вакцинами.
5. На каждом врачебном приеме, если пациент курит, должна проводиться 3-минутная беседа с курильщиком о вреде курения с рекомендацией бросить курить.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Для гипогликемического синдрома характерно: 1. сонливость через 2-3 часа после еды; 2. чувство голода; 3. сердцебиение, головокружение; 4. схваткообразные боли в эпигастрии.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;

2. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционной дистрофии являются: 1. диарея; 2. резкое похудание; 3. гиповитаминоз; 4. анемия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

3. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает: 1. диетотерапию; 2. заместительную терапию (ферментами); 3. парентеральное питание; 4. витаминотерапию.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

4. Для клинической картины дуоденостаза характерно: 1. постоянные боли в пилородуоденальной зоне, правом подреберье и эпигастрии; 2. рвота; 3. тошнота; 4. иррадиация боли в левое подреберье.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

5. Основными методами диагностики дуоденостаза являются: 1. рентгеноскопия; 2. гастроскопия; 3. баллонный метод исследования моторики; 4. компьютерная томография.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

6. В этиологии хронического гепатита важное место занимают: 1. инфекционные факторы; 2. токсические факторы (в том числе алкоголизм); 3. токсико-аллергические факторы; 4. недостаточность кровообращения.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

7. Причиной жировой дистрофии печени может быть: 1. беременность; 2. сахарный диабет; 3. лечение кортикостероидами; 4. голодание.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

8. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови:

- 1) гамма-глобулинов; (+)
- 2) холестерина;
- 3) активности щелочной фосфатазы;
- 4) билирубина;
- 5) альбумина.

9. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является:

- 1) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; (+)
- 2) билирубинурия;
- 3) увеличение активности трансаминаз;
- 4) ретикулоцитоз;
- 5) гипоальбуминемия.

10. Для гемолитической желтухи характерно: 1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы; 3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы; 4. ретикулоцитоз.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

11. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при: 1. синдроме Ротора; 2. синдроме Дабина-Джонсона; 3. хроническом активном гепатите; 4. первичном билиарном циррозе печени.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

12. При гемолитической желтухе имеет место: 1. ретикулоцитоз; 2. повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 3. спленомегалия; 4. гиперплазия костного мозга.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

13. Проявлениями холестатического синдрома при хронических болезнях печени являются: 1. желтуха; 2. кожный зуд; 3. высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови; 4. высокий уровень активности гамма-глутаминтранспептидазы.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

14. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют:

- 1) ступенчатые некрозы; (+)
- 2) отложения меди;
- 3) жировая дистрофия;
- 4) отложения железа;
- 5) нарушение архитектоники печеночных долек.

15. К субъективным проявлениям хронического персистирующего гепатита относятся:

- 1) астения; (+)
- 2) запоры;
- 3) геморрагии;
- 4) лихорадка;
- 5) поносы.

16. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для:

- 1) хронического гепатита вирусной этиологии;
- 2) гемохроматоза; (+)
- 3) цирроза печени;

- 4) гиперфункции надпочечников;
- 5) болезни Вильсона-Коновалова.

17. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, характерно:
1. гранулоцитопения; 2. тромбоцитопения; 3. геморрагический синдром; 4. анемия.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. (+)

18. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасным являются:

- 1) снижение содержания эритроцитов;
- 2) снижения содержания тромбоцитов до $50-30 \cdot 10^9/\text{л}$; (+)
- 3) лейкопения;
- 4) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг;
- 5) лимфопения.

19. Для лечения хронических вирусных гепатитов «В» и «С» предпочтительно применять: 1) пегелированные интерфероны; 2) кортикостероиды; 3) рибавирин; 4) гепатопротекторы растительного происхождения; 5) эссенциальные фосфолипиды.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3; (+)
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является:

- 1) вторичный билиарный цирроз;
- 2) хронический активный гепатит;
- 3) хронический аутоиммунный гепатит; (+)
- 4) новообразования печени;
- 5) жировой гепатоз.

(ПК-5)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами

	ПК-5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения ПК-5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения
--	--

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной 25 лет, студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нв - 64 г/л, эр. - $2,0 \times 10^9$ /л, ц.п. - 0,9 г, ретикул. - 40, тромб. - 215×10^9 /л, лейкоц. - $15,0 \times 10^9$ /л, в формуле пал. - 10%, сегм. - 78%, лимф. - 10%, мон. - 2%, СОЭ - 17 мм/час. Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. - 10 мкмоль/л, непр. - 50 мкмоль/л, сывороточное железо - 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи; белок - 0,002%, реакция на гемосидерии в моче - отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. - 2000 в 1 мл, эр. - 1000 в 1 мл. Проба Кумбса +++.
Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга эритрокариоциты - 57%, соотношение лейко/эритро 1/1.

1. Ваш диагноз.
2. Каков предположительный механизм вызванной анемии.
3. Назначьте лечение, определите его этапы.
4. Показано ли данному больному переливание эритроцитарной массы, если показано, то каким образом она должна быть приготовлена.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.*
2. *Аутоиммунная или гетероиммунная, связанная с появлением в организме больного антител к эритроцитам, что доказывается положительной пробой Кумбса.*
3. *Лечение: показано назначение кортикостероидных гормонов в дозе 1 мг на кг массы. При отсутствии эффекта от кортикостероидных гормонов возможно проведение спленэктомии. Назначение цитостатиков в качестве иммунодепрессантов в данном случае менее желательно, учитывая молодой возраст пациента.*
4. *Данному больному переливание эритроцитарной массы не показан, т.к. показанием к ее назначению является не уровень анемии, а состояние больного, гемодинамические показатели. Переливания проводятся только по жизненным показаниям и переливаются только индивидуально подобранные по пробе Кумбса, отмытые и еще лучше-размороженные эритроциты.*

2. У больного 25 лет в течение 2-х недель повышение температуры тела до 38°C, кровоточивость десен, боли в горле при глотании. При осмотре: бледность кожи и слизистых, петехиальная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей. Пальпируется селезенка на 3 см из подреберья. В зеве язвы, покрытые фибринозным налетом.

В анализе крови: эр. - $2,2 \times 10^9$ /л, Нв - 79 г/л, тромб. - $22,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $30,0 \times 10^9$ /л, бластные клетки - 62%, сегм. - 24%, лимф. - 12%, мон. - 2%, СОЭ - 51 мм/час.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Какие мероприятия необходимы для его уточнения. Какие вы ожидаете изменения при проведении этих исследований.
3. Какие этапы лечения необходимо провести больному.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острый лейкоз.*
2. *Для уточнения диагноза необходимо исследование костного мозга, где должен быть обнаружен высокий процент бластных клеток, угнетение нормальных ростков кроветворения, необходимо проведение цитохимического исследования бластных клеток (см. вариант анализа, где речь идет об остром миелобластном лейкозе).*
3. *Лечение: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, профилактика нейтролейкемии, непрерывная поддерживающая терапия в ремиссии, реиндукция ремиссии. Кроме того, больному необходимы трансфузии эритроцитарной массы в связи с анемией, тромбоцитарной массы и диглобина в связи с тромбоцитопенией, назначение антибиотиков, полоскание рта водными растворами антисептиков*

3. Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирающая в эпигастральной области после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

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

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемизированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение I ст.
1. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение I ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует I ст. ожирения. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови.
2. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.
3. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС. 5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте.
4. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ:
 - избегать обильного приёма пищи;

- *после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;*
- *ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;*
- *спать с приподнятым головным концом кровати;*
- *исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8- 10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса;*
- *отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме.*
- *профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.*

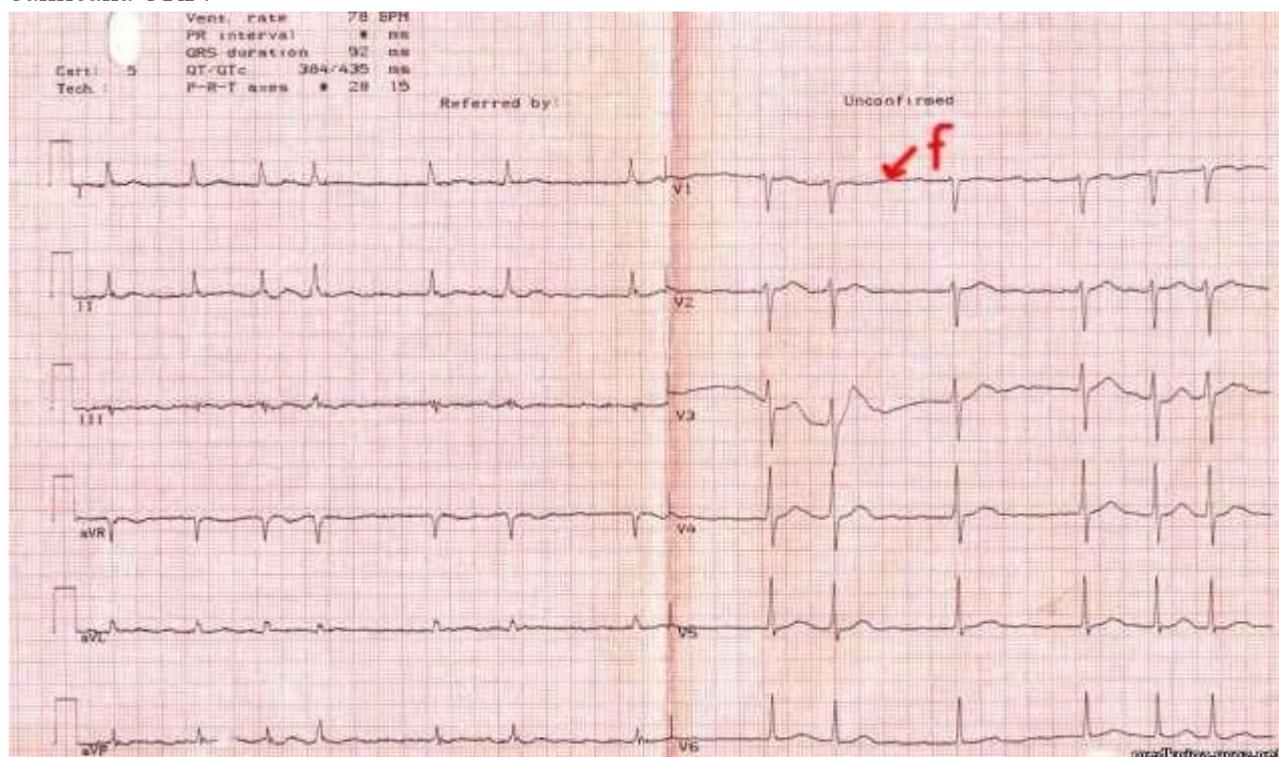
4. Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные 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, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

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

Записана ЭКГ.



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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.
4. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная

болезнь лёгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертония.

5. Больная С. 47 лет на приеме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациентке.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.*
2. *Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.*
3. *Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.*
4. *Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6*

дней; H₂-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при: 1 воспалительных процессах в органах грудной полости; 2 беременности (вторая половина); 3 асците; 4 грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3; (+)
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4.

2. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является: 1.острый коронарный синдром; 2.ТЭЛА; 3.артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.); 4.флеботромбоз глубоких вен голени.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4. (+)

3. ЭКГ признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:

- 1) переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более; (+)
- 2) формирование отрицательного зубца T;
- 3) появление блокады ножек пучка Гиса;
- 4) появление экстрасистолии;
- 5) пароксизм фибрилляции предсердий;

4. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I,II,AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- 1) ритм синусовый регулярный; (+)
- 2) ритм синусовый нерегулярный;
- 3) фибрилляцию предсердий;
- 4) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный;
- 5) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный;

5. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно для:

- 1) полной атриовентрикулярной блокады;
- 2) неполной атриовентрикулярной блокады I степени; (+)
- 3) блокады ножек пучка Гиса;
- 4) синоаурикулярной блокады;
- 5) миграции водителя ритма по предсердиям.

6. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается после преждевременного, но неизмененного комплекса QRS. Это:

- 1) атриовентрикулярная экстрасистола; (+)
- 2) предсердная экстрасистола;
- 3) желудочковая экстрасистола;
- 4) выскальзывающее сокращение;
- 5) ритм коронарного синуса.

7. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRS) неправильный, зубец P отсутствует. ЭТО указывает на:

- 1) фибрилляцию предсердий; (+)
- 2) желудочковую экстрасистолию;
- 3) предсердную экстрасистолию;
- 4) желудочковую тахикардию;
- 5) предсердную тахикардию.

8. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец P не определяется. Это может быть при: 1. предсердной экстрасистоле; 2. желудочковой экстрасистоле; 3. неполной атриовентрикулярной диссоциации; 4. атриовентрикулярной экстрасистоле.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4.

9. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведении V2 - высокий, остроконечный зубец T. Заключение:

- 1) инфаркт передней стенки левого желудочка;
- 2) инфаркт задней нижней стенки левого желудочка; (+)
- 3) остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- 4) инфаркт межжелудочковой перегородки;
- 5) тромбоэмболия легочной артерии.

10. С помощью эхокардиографии можно диагностировать: 1. пороки сердца и пролапс митрального клапана; 2. дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию; 3. опухоли сердца; 4. экссудативный (выпотной) перикардит.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;

- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4. (+)

11. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:

- 1) рентгенография;
- 2) томография;
- 3) бронхография; (+)
- 4) ангиопульмонография;
- 5) флюорография.

12. Бронхоскопию необходимо проводить при: 1. ателектазе доли, сегмента легкого; 2. острой долевой, сегментарной пневмонии; 3. острой очаговой пневмонии; 4. экссудативном плеврите

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильный ответ 1; (+)
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4.

13. "Легочное сердце" может возникнуть при:

- 1) артериальной гипертензии;
- 2) гипертиреозе;
- 3) миокардите;
- 4) хроническом обструктивном бронхите; (+)
- 5) ишемической болезни сердца.

14. Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5 см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна для:

- 1) неосложненной язвы антрального отдела желудка;
- 2) пенетрирующей язвы;
- 3) озлокачествленной язвы; (+)
- 4) синдрома Золлингера-Эллисона;
- 5) эрозивного рака в начальной стадии.

15. Высокие цифры кислотности желудочного сока, множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие хорошо васкуляризированной опухоли поджелудочной железы, установленное при ангиографии, - симптомы, характерные для:

- 1) рака поджелудочной железы;
- 2) панкреатита;
- 3) синдрома Золлингера-Эллисона; (+)
- 4) карциноидного синдрома;
- 5) язвенной болезни.

16. По данным сцинтиграфии печени нельзя сделать заключение о:

- 1) нормальном изображении печени;

- 2) опухоли печени;
- 3) диффузном поражении печени;
- 4) хроническом гепатите; (+)
- 5) очаговом поражении печени.

17. В норме уровень сахара в крови при поведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после введения глюкозы составляет:

- 1) не более 6,0 ммоль/л;
- 2) не более 7,0 ммоль/л;
- 3) не более 7,8 ммоль/л; (+)
- 3) более 7,8 ммоль/л;
- 3) более 11,0 ммоль/л.

18. Диагностируется нарушение толерантности к глюкозе при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

- 1) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;
- 2) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;
- 3) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;
- 3) от 7,8 до 11 ммоль/л; (+)
- 3) более 11,0 ммоль/л.

19. Диагностируется сахарный диабет при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

- 1) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;
- 2) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;
- 3) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;
- 3) от 7,8 до 11 ммоль/л;
- 3) более 11,0 ммоль/л. (+)

20. Принцип пробы Зимницкого заключается в:

- 1) динамическом наблюдении за количеством выделяемой мочи;
- 2) динамическом наблюдении за относительной плотностью мочи в течении ночи; (+)
- 3) выявлении связи диуреза с режимом дня;
- 4) выявлении бактериурии;
- 5) определении клубочковой фильтрации.

(ПК-6)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания. Решение ситуационных задач

1. Больной Б., 53 лет. В течение 2 месяцев беспокоят боли в поясничной области. Проходил лечение у терапевта и невропатолога с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, без эффекта. 5 дней беспокоит лихорадка до 38,5°C, потливость, усилились боли - госпитализирован. При осмотре: пальпируются увеличенные надключичные и шейные лимфоузлы слева. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования нужны для установления диагноза, в том числе определения стадии заболевания.
3. Какое лечение необходимо назначить больному.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: лимфогранулематоз или лимфосаркома.*
2. *Дополнительное обследование: необходимо проведение эксцизионной биопсии надключичного или шейного лимфоузла, при отсутствии результата (возможно эти узлы реактивно изменены) будет показана лапаротомия с биопсией забрюшинных лимфатических узлов. Для установления стадии необходима рентгенография с томографией грудной клетки для уточнения поражения брюшной полости, кроме проведенного УЗИ возможна компьютерная томография, сцинтиграфия лимфоузлов, печени, для определения поражения костного мозга - трепанобиопсия.*
3. *Лечение: в данном случае речь идет о III стадии болезни (поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы), при дообследовании может быть доказана и IV стадия, следовательно, больному необходимо проведение полихимиотерапии.*

2. 15-летняя школьница в очередной раз перенесла на ногах ангину, после чего остается субфебрилитет, девочка быстро устает, появились одышка при небольшой физической нагрузке и сердцебиение. Объективно: температура тела 37,2°C. Миндалины увеличены, рыхлые. Легкий цианоз губ. Предсердная область при осмотре не изменена. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, малого наполнения, 96 в 1 мин. АД - 105/75 мм рт. ст. Перкуторные границы относительной тупости сердца несколько расширены влево и вверх. На верхушке сердца 1 тон ослаблен, здесь же выслушивается дующего тембра систолический шум, усиливающийся после физической нагрузки (5 приседаний) и в положении на левом боку, иррадиирующий в левую подмышечную область. II тон несколько акцентирован на легочной артерии. Со стороны других органов - без особенностей.

Общий анализ крови: эр. - 4,2x10¹²/л, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; лейкоц. - 13,0x10⁹/л, пал. - 5%, эоз. - 6%, сегм. - 60%, лимф. - 21%, мон. - 8%, СОЭ - 35 мм/час, АСЛ-О - 500 ед.

Анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины - 45%, глобулины - 55%, альфа-1-глобулины - 6,5%, альфа-2-глобулины - 11%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 25,5%, фибриноген - 6,0 г/л, ДФА - 280 ед., АСТ - 0,75 ммоль/л, АЛТ - 0,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи; светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эр. - 2-3 в п/зр., цилиндров нет.

ФКГ: амплитуда тонов сердца на верхушке снижена. П тон увеличен над легочной артерией. Патологический Ш тон на верхушке. Систолический шум убывающей формы на верхушке, занимающий 2/3 систолы, связанный с 1 тоном.

Эхокардиоскопия: увеличение полостей левого предсердия и левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, увеличение амплитуды колебаний стенок левых отделов сердца, регургитация на митральном клапане.

ПКГ: легкое снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.

1. Установить диагноз.
2. Наметить план дообследования больной.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: ревматизм, активность II степени, первичный ревмокардит, формирующаяся недостаточность митрального клапана, сердечная недостаточность I Б стадии.*
2. *План дообследования: анализ крови на общий белок и белковые фракции, фибриноген, ДФА, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, рентгеноскопия сердца в 3-х проекциях с контрастированием пищевода, эхокардиоскопия, ФКГ, ПКГ.*
3. *Дифференциальную диагностику следует проводить с тонзиллогенной миокардиодистрофией, инфекционно-аллергическим миокардитом, инфекционным эндокардитом.*
4. *Принципы лечения:*
 - 1) *этиотропная терапия - антибиотикотерапия препаратами группы пенициллина*
 - 2) *нестероидные противовоспалительные препараты - производные ацетилсалициловой, индолуксусной, пропионовой кислот, пиразолоновые производные*
 - 3) *глюкокортикоидные гормоны - при умеренной и высокой активности процесса*
 - 4) *антигистаминные препараты*
 - 5) *сердечные гликозиды*
 - 6) *мочегонные препараты*
 - 7) *средства, улучшающие метаболизм сердечной мышцы*

3. При посещении участковым врачом на дому больного Н., 30 лет, слесарь-ремонтник шинного завода, предъявлял жалобы на повышение температуры до 38°C, боли в животе схваткообразного характера, частые болезненные позывы на дефекацию, жидкий стул до 10 раз в течение последних 4-х часов, резкую слабость.

Вчера вечером почувствовал недомогание, общую слабость, отмечалось повышение температуры до 37,1°C, потеря аппетита. Утром состояние ухудшилось, появились боли в животе и жидкий стул. При расспросе установлено, что обедает в заводской столовой. Накануне один из членов бригады был госпитализирован в связи с желудочно-кишечным заболеванием. Семья состоит из жены, сортировщицы кондитерской фабрики, и сына 5 лет, посещающего детский комбинат. В квартире проживают еще 2 семьи. На момент посещения участкового врача члены семьи и неработающие соседи здоровы. Из перенесенных заболеваний ОРЗ 1-2 раза в год.

При осмотре: состояние средней тяжести. Лежит в постели, черты лица несколько заострены. Кожа и видимые слизистые бледноваты, сухие. Тургор кожи снижен. Температура - 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены,

учащены, ритмичны, шумов нет. Пульс - 106 в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 105/70 мм рт. ст. Язык обложен грязновато-серым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Отмечается вздутие и урчание сигмовидной кишки. В испражнениях большое количество слизи и примесь крови.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача при обслуживании на дому больного.
3. Составьте и запишите перечень должностных обязанностей (действий) участкового врача по возвращении с данного вызова в поликлинику.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: острая дизентерия, средней тяжести с умеренно выраженным токсикозом и эксикозом.*
2. *Последовательность действий участкового врача при обследовании на дому больного:*
 - *принять решение о необходимости стационарного лечения больного в инфекционном отделении больницы в связи со средней степенью тяжести болезни и обеспечить его выполнение:*
 - *- написать направление на стационарное лечение*
 - *- позвонить в отдел перевозки больных дезостанции, сообщить Ф.И.О. больного, возраст, место работы и диагноз*
 - *- выяснить эпидномер для госпитализации и Ф.И.О. лица, принявшего заявку на перевозку инфекционного больного;*
 - *- вписать номер заявки на перевозку в амбулаторную карту*
 - *- сообщить жене больного о сущности данного заболевания, начальных признаках болезни, об опасности заболевания для окружающих лиц, необходимости соблюдения правил личной гигиены*
 - *- объяснить жене больного о необходимости ежедневного контроля и самоконтроля за состоянием здоровья контактировавших с больным лиц (термометрия, характер стула)*
 - *- необходимость санитарно-гигиенических мероприятий в эпидочаге и наблюдения за ним в течение всего инкубационного периода инфекционного заболевания*
 - *- существующий порядок наложения карантина на декретированные контингенты населения и детей, посещающих детские учреждения*
 - *- необходимость проведения обязательного 3-х кратного бактериологического обследования для исключения бактерионосительства*
3. *Последовательность действий участкового врача по возвращению с вызова в поликлинику:*
 - *а) при отсутствии в поликлинике врача-инфекциониста:*
 - *- позвонить в эпидотдел СЭС и сообщить о случае острого инфекционного заболевания на участке, Ф.И.О. больного, возраст, место работы, дату заболевания, диагноз, эпидномер для госпитализации*
 - *- заполнить экстренное извещение об остром инфекционном заболевании (ф. 058/у) в 2-х экземплярах, поставить на нем дату и час звонка*
 - *- передать в эпидотдел СЭС один из экземпляров извещения (экстренного) об остром инфекционном заболевании с участковой медсестрой*
 - *- зарегистрировать случай острого инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у)*

- - поручить участковой медсестре посетить на следующий день эпидочаг для:
- - уточнения состояния здоровья контактировавших с больным лиц
- - переписи контактных лиц
- - контроля за выполнением дезинфекции и эпидрежима
- - передачи направлений на бактериологическое обследование контактировавшим с больными лицами
- - оформить документы (больничный лист, справка 095/у), обеспечивающие правовую гарантию освобождения жены больного от работы, связанной с пищевыми продуктами
- - составить план работы для себя и участковой медсестры в эпидочаге, определить минимальный срок наблюдения за эпидочагом;
- б) при наличии в поликлинике врача-инфекциониста:
 - - позвонить в эпидотдел СЭС и сообщить о случае острого инфекционного заболевания на участке, Ф.И.О. больного, возраст, место работы, дату заболевания, диагноз, эпидномер для госпитализации
 - - заполнить экстренное извещение об остром инфекционном заболевании (ф. 058/у) в 2-х экземплярах
 - - передать экстренное извещение врачу-инфекционисту и сообщить о случае острого инфекционного заболевания, о составе семьи заболевшего, о месте их работы и профессии
 - - зарегистрировать случай острого инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у)
 - - координировать работу в эпидочаге с врачом-инфекционистом.

4. Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал.

Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного легкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный легочный 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.

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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность I степени.
2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.
3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β_2 -адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β_2 -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.
4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.
5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

5. Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250- 300 метров, купирующихся в покое.

Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия – границы легких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). Атеросклероз артерий нижних конечностей.*
2. *Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250- 300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.*
3. *Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.*
4. *Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).*
5. *Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Целями амбулаторно-поликлинической помощи являются все, кроме:
 - 1) оказания помощи прикрепленному контингенту;
 - 2) обслуживания работников промышленных предприятий;
 - 3) профилактической и диспансерной работы;
 - 4) проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
 - 5) проведения экспертизы стойкой утраты трудоспособности. (+)
2. Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является:
 - 1) оценка состояния здоровья пациента;
 - 2) определение сроков и степени нетрудоспособности;

- 3) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз);
- 4) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения;
- 5) все вышеперечисленное (+)

3. Задачи экспертизы трудоспособности:

- 1) научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам;
- 2) правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан;
- 3) определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского прогноза;
- 4) определение сроков нетрудоспособности с учетом трудового прогноза;
- 5) все вышеперечисленное. (+)

4. Временная утрата трудоспособности:

- 1) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность;
- 2) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер; (+)
- 3) состояние, при котором нарушенные функции организма, несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер;
- 4) все перечисленное верно;
- 5) все перечисленное неверно.

5. Стойкая утрата трудоспособности:

- 1) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность;
- 2) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер;
- 3) состояние, при котором нарушенные функции организма, несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер; (+)
- 4) все перечисленное верно;
- 5) все перечисленное неверно.

6. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения:

- 1) только муниципальные;
- 1) только государственные;
- 2) ЛПУ с любой формой собственности;
- 3) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности;
- 4) любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности. (+)

7. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих, кроме туберкулеза:

- 1) не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;
- 2) не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе;
- 3) вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза;
- 4) все вышеперечисленное верно; (+)
- 5) нет правильного ответа.

8. На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности?

- 1) до 2 месяцев;
- 2) до 3 месяцев;
- 3) до 6 месяцев;
- 4) до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев; (+)
- 5) до 4 месяцев.

9. В каких случаях ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев?

- 1) после инфаркта миокарда;
- 2) после инсульта;
- 3) при онкозаболеваниях;
- 4) при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций; (+)
- 5) при заболеваниях, передающихся половым путем.

10. Кто в ЛПУ имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу?

- 1) руководители ЛПУ и поликлиник;
- 2) лечащий врач самостоятельно;
- 3) лечащий врач с утверждением зав. отделением;
- 4) лечащий врач с утверждением направления ВК ЛПУ; (+)
- 5) руководитель территориального органа управления здравоохранения.

11. Что может послужить показанием к проведению эхокардиографического исследования: 1. шум неясной этиологии; 2. сердечная недостаточность; 3. полная блокада левой ветви пучка Гиса по ЭКГ; 4. лихорадка неясного генеза:

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4. (+)

12. На каких клапанах сердца при проведении эхокардиографического исследования можно зарегистрировать физиологическую регургитацию:

- 1) аортальном клапане;
- 2) аортальном и трикуспидальном клапанах;
- 3) аортальном и митральном клапанах;
- 4) митральном, трикуспидальном и легочном клапанах; (+)
- 5) легочном клапане.

13. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде гипокинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования: 1. спящий (гибернирующий) миокард; 2. оглушенный миокард; 3. неQ-инфаркт миокарда; 4. Q-инфаркт миокарда.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;

- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4. (+)

14. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде акинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования:

- 1) спящий(гибернирующий)миокард;
- 2) ревматическая болезнь сердца;
- 3) кардиальный синдром Х;
- 4) тромбоэмболия легочной артерии;
- 5) трансмуральный инфаркт миокарда. (+)

15. При проведении эхокардиографического исследования могут быть диагностированы следующие осложнения инфаркта миокарда:1.тромбоз полости левого желудочка;2.выпот в полости перикарда на фоне синдрома Дресслера;3.распространение инфаркта на правый желудочек;4.разрыв межжелудочковой перегородки и шунтирование крови.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4. (+)

16. К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относится:

- 1) гипертрофия стенок левого желудочка;
- 2) дилатация аорты в восходящем отделе;
- 3) дилатация левых камер сердца, патологическая митральная регургитация;
- 4) дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация; (+)
- 5) дилатация левого и правого предсердий.

17. Для хронического легочного сердца характерным ЭХОКГ признаком является:

- 1) гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца; (+)
- 2) гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левых камер сердца;
- 3) дилатация левого предсердия;
- 4) дилатация правого предсердия;
- 5) дилатация левого и правого предсердий.

18. Для "гипертонического" сердца характерным ЭХОКГ признаком является:

- 1) гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правого предсердия;
- 2) гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левого предсердия; (+)
- 3) дилатация левого предсердия;
- 4) дилатация правого предсердия;
- 5) дилатация левого и правого предсердий.

19. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с мерцанием предсердий может быть:

- 1) гипертрофия стенки правого желудочка;
- 2) гипертрофия стенки левого желудочка;

- 3) тромбоз полости левого предсердия; (+)
- 4) флебит глубоких вен нижних конечностей;
- 5) дилатация правого желудочка.

20. К эхокардиографическим признакам инфекционного эндокардита можно отнести: 1.наличие дополнительных наложений на створках и хордах клапанов; 2.наличие патологической регургитации; 3.наличие выпота в полости перикарда; 4.патологический пролапс створок.

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4. (+)

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации 10 семестр — зачет, 11 семестр — зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65. На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

Форма промежуточной аттестации 12 семестр - Экзамен.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами

применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49