федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ»**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело­*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 11 от «25» марта 2016 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме **зачета**.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-10 готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

ПК-11 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ПК-12 готовность к ведению физиологической беременности, приему родов

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках дисциплины.**

 **Форма текущего контроля** **успеваемости:**

**Устный опрос.**

**Оформление нормативных медицинских документов** (карта/талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, листок нетрудоспособности, экстренное извещение об инфекционном заболевании, направление в стационар, справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение, санаторно-курортная карта, карта учета диспансеризации, контрольная карта диспансерного наблюдения).

**Решение case-заданий.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1. Параметры качества оказания медицинской помощи при острых, обострении хронических заболеваний и неотложных состояниях.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Основные принципы организации поликлинической помощи.
2. Основные задачи поликлинической службы по оказанию неотложной медицинской помощи.
3. Тактика врача при оказании неотложной медицинской помощи в условиях поликлиники.
4. Правила направления на стационарное лечение и показания к госпитализации.
5. Нормативные документы, регламентирующие оценку качества медицинской помощи.
6. Назовите критерии качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.
7. Назовите критерии качества медицинской помощи при гипертоническом кризе.
8. Назовите критерии качества медицинской помощи при ИБС.
9. Назовите критерии качества медицинской помощи при приступе бронхиальной астмы.
10. Назовите критерии качества медицинской помощи при ХСН, ОСН.
11. Назовите критерии качества медицинской помощи при острой пневмонии.
12. Назовите критерии качества медицинской помощи при сахарном диабете.
13. Назовите критерии качества медицинской при обострении пиелонефрита.

14. Назовите критерии качества медицинской при обострении язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Оцените качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при гипертоническом кризе.

**Задача № 2**

Оцените качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при ИБС.

**Задача № 3**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при приступе бронхиальной астмы.

**Задача № 4**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при ХСН, ОСН.

**Задача № 5**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при острой пневмонии.

**Задача № 6**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при сахарном диабете и его осложнениях.

**Задача № 7**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при обострении пиелонефрита.

**Задача № 8**

Оценить качество оказания медицинской помощи по документации, представленной в амбулаторной карте, при обострении язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

**Тема 2****Неотложные состояния в кардиологии на догоспитальном этапе.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Дайте определение гипертонического криза. Перечислите классификации гипертонических кризов?
2. Как осуществляется неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе? Дифференцированное применение пероральных препаратов, темпы снижения артериального давления.
3. Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе (гипертонической энцефалопатией, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, острой сердечной недостаточностью, расслаивающей аневризмой аорты).
4. Дайте определение острого коронарного синдрома? Назовите клинические варианты.
5. Каков диагностический алгоритм постановки диагноза?
6. Назовите неотложные мероприятия оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме.
7. Перечислите причины развития острой сердечной недостаточности.
8. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи пациенту с кардиогенным шоком.
9. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи пациенту с острой застойной левожелудочковой недостаточностью.
10. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи пациенту с острой застойной правожелудочковой недостаточностью.
11. Назовите классификацию нарушений ритма сердца.
12. Виды наджелудочковых нарушений ритма сердца (клиника, диагностика), неотложная помощь.
13. Виды желудочковых нарушений ритма сердца (клиника, диагностика), неотложная помощь.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В анамнезе – 2 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. Сахарного диабета нет. В течение последних 10 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Сегодня вечером отметил появление интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. Боль и одышка волнообразно рецидивируют. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет.

1. Назовите предварительный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимо выполнить для оценки состояния пациента?

3. Окажите неотложную помощь?

 4. Маршрутизация пациента?

**Задача № 2**

Пациент А, 68 лет в течение 10 лет страдает персистирующей мерцательной аритмией. В анамнезе – перенесенный острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому (2017 год). В течение последних 5 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, 2 месяцев эпизодически появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает периндоприл 8 мг 1 раз в сутки, аспирин 125 мг в сутки. Утром отметил внезапное появление сердцебиения и интенсивной инспираторной одышки. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем,АД 150/95 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС ударов 127 в минуту, дефицит пульса 40. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних и средних отделах легких с двух сторон. Отеков нет. На ЭКГ – признаки мерцательной аритмии. Отклонение электрической оси влево.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Какие осложнения в течении заболевания пациента наиболее вероятны?

3. Какие лабораторные показатели и инструментальные методы исследования необходимы для оценки его состояния?

4. Окажите неотложную помощь.

5. В чем будет заключатся коррекция лечения пациента?

**Задача № 3**

Пациент В 71 год, в течение 45 лет страдает артериальной гипертензией, и в течение 25 лет – в сочетании с ИБС. В анамнезе – 3 перенесенных острых инфаркта миокарда (1995, 2003 и 2017 гг.) В течение последних 10 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. Отмечаются частая (3–4 раза в год) декомпенсация сердечной недостаточности в виде появления одышки в покое и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, частых приступах загрудинной боли при незначительной нагрузке, реже в покое, появления выраженных отеков. В настоящее время – одышка при минимальной нагрузке. Регулярно принимал эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки, аспирин 125 мг в сутки, торасемид 10 мг в сутки, верошпирон – 50 мг в сутки, однако в последнюю неделю отказался от приема мочегонных препаратов. В течение последней недели отметил вновь появление одышки в покое и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, появление выраженных отеков, асцита. При осмотре: артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с двух сторон. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеки на нижних конечностях. На ЭКГ – синусовый ритм, ПБЛНПГ, QRS = 125 мс. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитации тяжелой степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, значительная дилатация полостей левых предсердия и желудочка, умеренная дилатация – правых предсердия и желудочка, снижение глобальной сократимости миокарда (ФВ 27 %).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое осложнение имеется у данного пациента, что послужило причиной его развития?

3. Какие лабораторные показатели и инструментальные методы исследования необходимы для оценки его состояния?

4. Окажите неотложную помощь.

**Задача № 4**

Пациентка А 55 лет, 10 лет страдает артериальной гипертензией. Гипотензивные препараты ранее постоянно не принимала. 10 лет страдает сахарным диабетом. Постоянно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки. Данных за ИБС нет. После сильного стресса на работе внезапно отметила появление сердцебиения, ощущение дрожи в теле, сильную головную боль. При осмотре: при измерении АД 200/102 мм рт.ст., левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 98 ударов в минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, дополнительных шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 90 в 1 минуту, ЭОС отклонена влево, депрессия сегмента ST I, AVL, V5-V6.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какой тип гипертонического криза у пациентки?

3. Окажите неотложную помощь.

4. Рекомендуйте постоянную гипотензивную терапию.

**Задача № 5**

Пациент Ж, 69 лет. Ранее ничем не болел. Неоднократно фиксировал подъемы артериального давления до 140–160/90 мм рт.ст., которое иногда сопровождалось легкой головной болью. Не обследовался, не лечился. Внезапно рано утром отметил онемение лица, нарушение речи. Жена пациента вызвала скорую помощь. К моменту ее приезда пациент потерял сознание. При осмотре: АД 220/110 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 100 ударов в минуту, наблюдается дефицит пульса 20 ударов в минуту. При аускультации сердца – систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. В легких везикулярное дыхание, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия, с средней ЧСС 100–110 в 1 минуту. Изменений по ST-T нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какой тип гипертонического криза у пациента?

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Окажите неотложную помощь.

**Задача № 6**

Пациент К. 65 лет, в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией и 10 – в сочетании с мерцательной аритмией. Первоначально приступы нарушения ритма чередовались с периодами синусового ритма, в последние 5 лет – постоянно мерцательная аритмия. У него нет сахарного диабета, проявлений ИБС. В течение последних 2 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей, в основном связанные с эпизодами сердцебиения. В настоящее время одышка беспокоит только при существенных физических нагрузках. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Обратился в поликлинику для проведения планового обследования. При осмотре: АД 140/78 мм рт. ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 89 ударов в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия с средней ЧСС 90 в 1 минуту, депрессия сегмента ST в I, AVL, V1-V6.

1. Сформулируйте диагноз и назовите форму мерцательной аритмии.

2. Какое инструментальное исследование необходимо выполнить пациенту?

3. Какой антиаритмический препарат показан пациенту?

4. Какие антитромботические препараты могут быть назначены?

**Задача № 7**

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. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие исследования необходимо выполнить пациенту?

4. Окажите неотложную помощь.

**Задача № 8**

Больной К. 57 лет, учитель, предъявляет жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе: в течение 2 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 ударов в минуту, единичные экстрасистолы. Артериальное давление 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.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие исследования необходимо выполнить пациенту?

4. Окажите неотложную помощь.

5. Маршрутизация пациента.

 **Задача № 9**

Больной В., 58 лет, инженер, час назад внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечались в течение последнего года. Эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. Объективно: отмечается бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. Артериальное давление 150/100 мм рт. ст. Пульс частый, аритмичный, частота – 102 ударов в мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие исследования необходимо выполнить пациенту?

4. Окажите неотложную помощь.

5. Назначьте постоянную терапию.

**Задача № 10**

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение.

4. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика?

**Задача № 11**

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лѐгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, артериальное давление – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

4. Какой объѐм медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

**Тема 3. Неотложные состояния в пульмонологии на догоспитальном этапе.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение бронхиальной астмы.

2. Факторы риска развития бронхиальной астмы.

3. Последовательность действий врача при приступе бронхиальной астмы.

4. Диагностика БА на догоспитальном этапе.

5. Классификация тяжести обострения БА.

6. Тактика врача при лечении приступа бронхиальной астмы.

7. Выбор препарата, дозы и пути введения.

8. Лечение обострения БА на догоспитальном этапе.

9. Критерии эффективности проводимого лечения.

10. Показания для госпитализации:

11. Астматический статус: причины, клиника.

12. Общие принципы неотложной терапии больных с астматическим статусом.

13. Неотложная помощь при астматическом статусе.

14. Инфекционно-токсический шок: определение, механизм развития.

15. Клиника инфекционно-токсического шока.

16. Лечение инфекционно-токсического шока согласно стадиям.

17. Респираторный дистресс-синдром взрослых: этиология, клиника.

18. Лечение респираторного дистресс-синдрома.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

У женщины 26 лет в раннем послеродовом периоде появились выраженная одышка, цианоз, тахикардия, понизилось АД. Над всей поверхностью легких выслушиваются свистящие хрипы, в нижних отделах — крепитация. Пациентку подключили к аппарату ИВЛ. Через сутки состояние остается крайне тяжелым — РаО2 снижается до 35–45 мм рт. ст., возрастают легочное сосудистое сопротивление и давление в легочной 11 артерии. На обзорной рентгенограмме выявляются множественные круглые тени, на фоне которых прослеживаются просветления линейной формы — просветы бронхов.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятный?

2. Назовите причину данного состояния.

**Задача № 2**

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой

кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую

слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом.

Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приѐмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

  1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

 5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9°С), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10/л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 3**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжѐлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лѐгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты - 9,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные

макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

R-графия грудной клетки: повышена прозрачность лѐгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лѐгочный рисунок усилен. Корни лѐгких увеличены, тень

усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Дифференциальный диагноз.

5. План лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача № 4**

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

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

**Задача № 5**

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднѐнное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжѐлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с

синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бѐдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждѐн. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лѐгкими коробочный звук по всем лѐгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%.

В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже

внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?

3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

**Задача № 6**

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 отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести.

Температура тела 36,7°С. 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 лѐгочный 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.

**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз.

2.Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3.План лечебных мероприятий.

4.Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

5.Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

**Задача № 7**

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий. Обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0 ºС, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Нѐбные миндалины покрыты беловатым налѐтом, гиперемированы. В лѐгких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений. Лабораторные и инструментальные методы обследования: Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты 4,7×10 12/л, лейкоциты 11×10 9/л, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л. ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лѐгкого, деформация корня правого лѐгкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии; проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска.

5. Через 3 дня терапии (Амоксициллином 500 мг 3 раза или Азитромицином 500 мг 1 раз в сутки) – температура тела нормализовалась – 36,8 °С, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 8**

Больной Р. 65 лет, пенсионер. При обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (Периндоприл 2,5 мг 2 раза, Гидрохлортиазид 12,5 мг, Верошпирон 50 мг, Симвастатин 20 мг). Контактов с больными туберкулѐзом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налѐтом. В лѐгких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого лѐгкого. ЧД в покое до 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края рѐберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – 4,2×10 12/л; лейкоциты – 10,9×109/л; палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 77%; СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, в осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: АЛТ – 38 ед/л; АСТ – 35ед/л; мочевина – 9 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: усиление лѐгочного рисунка в базальных отделах левого лѐгкого. ЭХО-КГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия задней стенки левого желудочка, фракция выброса – 45%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 3 дня терапии (Амоксициллин/Клавуланат 625 мг 3 раза в сутки) – температура нормализовалась – 36,6 °С, самочувствие улучшилось (одышки нет). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 9**

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

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

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаѐт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В общем анализе крови: лейкоциты – 22×10 9/л, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты -5%. СРБ – 125 мг/л.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?

5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписка из стационара?

**Задача № 10**

В приѐмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжѐлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лѐгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лѐгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рѐберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отѐков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×109/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ – 58 мм/час., ACT - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; Р СО2 - 20; Р О2 - 50; ВЕ - 10.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Задача № 11**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β2-агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отѐков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

Вопросы:

1.Сформулируйте диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.

4.Составьте план диспансерного наблюдения.

5.Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

**Задача №12**

Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день.

Объективно: состояние тяжѐлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинѐн, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Тема 4. Неотложные состояния в эндокринологии на догоспитальном этапе.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Этиология, патогенез, стадии гипергликемической кетоацидотической комы у больных сахарным диабетом, ее лечение на догоспитальном этапе.

2. Этиология, патогенез, клинические критерии гипогликемической комы у больных сахарным диабетом, неотложные мероприятия.

3. Этиология, механизм развития, клиническая картина, диагностика и лечение тиреотоксического криза.

4. Этиология, патогенез, клиническая картина и лечебные мероприятия при гипотиреоидной коме**.**

5. Этиология, патогенез, клиника острой надпочечниковой недостаточности и аддисонического криза при хронической надпочечниковой недостаточностью, неотложная помощь.

6. Этиология, патогенез, клиника и неотложные мероприятия при феохромоцитомном (гиперкатехоламиновом) кризе.

7. Показания к экстренной госпитализации больных с эндокринной патологией.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение case-заданий.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Сase-задания.*

**Задача № 1**

Пациентка А. 38 лет жалуется на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купировавшиеся врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышениях АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

**Задача № 2**

Пациент 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощен, кожа сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Изо рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 уд/мин). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезенка не пальпируется.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

**Задача № 3**

Пациент М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отеков нет. Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В лёгких ясный легочной звук, тупости: правая - правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×7 см, пузырные симптомы отрицательные, селезенке не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин -146 г/л, лейкоциты - 6,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1017, белок – 0,067 г/л, сахар - отр, ацетон - отр, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 16,9, общ. белок – 69 г/л, сахар – 2,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 23 Ед/л, Na+ - 141,65 ммоль/л, K+ - 4,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 100 в минуту. ЭОС - горизонтальная. Признаки метаболических изменений миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача № 4**

Пациентка П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжелое. Положение пассивное (лежа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя.

Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В легких при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжен при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лактореи нет.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - 10,2×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%.

СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na+ - 131,3 ммоль/л, K+ - 3,2 ммоль/л, Fe2+ - 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23, ВЕ - 8,3.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача №5**

Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжелое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите объем дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.

4. Определите тактику лечения пациента.

5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.

**Задача №6**

 Пациент Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведет активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м2. Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отек макулярной области.

Подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.

5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

**Задача № 7**

Пациентка Б. 26 лет, домохозяйка, с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы.

Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 1 типа 3 года. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Протафан (продленный инсулин) 12 Ед в 8.00 и 14 ед. п/к в 20.00 и Ново-Рапид (инсулин короткого действия) 8ед. – 6 ед. – 4 ед. п/к. НbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать вышеописанные жалобы. Регистрировала глюкозу утром натощак-8,2 ммоль/л. Самостоятельно увеличила вечернюю дозу Протафана до 16-18 ед., улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное Активна. Кожные покровы и ясные, ритмичные, ЧСС - удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Лактореи нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача № 8**

Пациентка И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на прием к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты.

Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 Периферических отеков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - нуту. Сердечные тоны громкие, железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отечный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-минуту, ритм синусовый.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача № 9**

Пациентка П. 31 года, учитель географии, обратилась с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до 37,1°С, снижение массы тела на 5 кг. Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°С, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкоразмашистый тремор вытянутых рук, языка. Отечность век. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-).

При лабораторных исследованиях:

общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/час, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – 5,6×109/л; глюкоза плазмы – 6,61 ммоль/л, мочевина - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача № 10**

Пациентка М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года.

Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни.

, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++). Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3 (8,3-18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задача № 11**

Пациентка Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита.

Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 4,0×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018 , белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Тема 5.** **Правила оформления листка нетрудоспособности при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, наиболее часто встречающихся в общей практике.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Указать общие принципы оформления ЛН.
2. Каков порядок направления больного на МСЭК и оформление ЛН по результатам экспертизы?
3. Порядок выдачи ЛН по беременности и родам.
4. Ориентировочные сроки ВН при основных сердечно-сосудистых заболеваниях.
5. Ориентировочные сроки ВН при основных заболеваниях органов дыхания.
6. Ориентировочные сроки ВН при основных заболеваниях органов пищеварения
7. Ориентировочные сроки ВН при основных заболеваниях мочеполовой системы.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение case-заданий.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Сase-задания.*

**Задача № 1**

Пациент К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Вбоснуйте поставленный вами диагноз.

4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. обоснуйте свой выбор.

5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного и решите вопрос о выдаче листа нетрудоспособности.

**Задача № 2**

Пациент Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м2. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.

5. Оформите листок нетруспособности.

**Задача № 3**

Пациентка Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечёткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у участкового терапевта, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м2. Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков на нижних конечностях нет.

В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

 

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной экг, и сформулируйте экг-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

5. Оформите лист нетрудоспосоности.

**Задача № 4**

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

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

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×109 /л, СОЭ – 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевина – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м2 по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000.

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

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.

5.Оформите лист нетрудоспособности.

**Задача № 5**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отѐки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

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

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4×109 /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

 Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании?

**Задача № 6**

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

Оформить больничный лист.

**Задача № 7**

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

Оформить больничный лист.

**Задача № 8**

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлён с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

**Задача № 9**

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили больной III гр. инвалидности.

Как оформить больничный лист?

**Задача № 10**

Пациент К., 43 лет, находился на больничном листе в связи с производственной травмой - ушибом правой кисти. 29 октября должен был явиться на прием к врачу, но заболел гриппом и вызвал участкового терапевта на дом.

Как оформить больничный лист?

**Задача №11**

Пациентка К., 30 лет, бухгалтер. 2 года назад лечилась в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (с нишей в 12-ти перстной кишке). В последующем чувствовала себя удовлетворительно. Диету не соблюдала. Месяц назад возникли незначительные ноющие боли в подложечной области. Обратилась к участковому терапевту.

В анализах крови и мочи изменений нет. Рентгенологически ниша не обнаружена.

ОЦЕНИТЕ трудоспособность.

**Задача №12**

Сидоров направлен с профосмотра на обследование (глазное дно, ЭКГ ...)

Как освободить от работы?

**Тема 6. Ведение больных острыми и обострением хронических заболеваний при патологии печени и почек в общей врачебной практике.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Основные симптомы и сандромы в гепатологии

2. Желтухи, классификация.

3. Печеночно-клеточная желтуха: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Гемолитическая желтуха: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

5. Механическая желтуха: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

6. Печеночная недостаточность, клиника, диагностика, лечение, профилактика, прогноз.

7. Острая печеночная недостаточность: механизм развития, стадии, клиника, диагностика, терапия.

8. Хроническая печеночная недостаточность: механизм развития, стадии, клиника, диагностика, терапия.

9. Инструментальные методы диагностики заболеваний печени.

10. Лечение острой печеночной недостаточности.

11. Лечение хронической печеночной недостаточности.

12. Алгоритм диагностики заболеваний почек в общей врачебной практике.

13. Хроническая болезнь почек, классификация, лабораторная диагностика, профилактика.

14. Немедикаментозная ренопротективная терапия.

15. Лекарственная ренопротективная терапия.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому 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 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты - 8,9×109 /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2 . Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**Задача №2**

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Больна в течение 2 дней, по поводу болей в поясничной области вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 37,4 °С, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон лѐгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительных свойств, 84 удара в минуту. АД – 160/100 мм рт. ст. Во всех точках выслушивается два тона, громкие, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС – 84 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светлосерым налѐтом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отѐков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: эритроциты – 4,45×10 12/л; гемоглобин – 134 г/л; лейкоциты – 5,79×10 9/л; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 38%, моноциты – 5%, СОЭ – 26 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012; сахар – отр, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 100 в поле зрения; лейкоциты – 20 в поле зрения; соли мочевой кислоты. Биохимический анализ крови: мочевина – 7,9 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочевая кислота - 524 ммоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, общий белок – 72 г/л.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, ведущий синдром, объясните механизм их возникновения.

2. Составьте план дифференциальной диагностики.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Составьте план лечения.

**Задача №3**

Мужчина 37 лет, шахтѐр, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отѐки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчѐсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 2,1×10 12/л, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – 7,2×10 9/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевина - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К+ - 6,2 ммоль/л, Nа+ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008. УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз заболевания.

**Задача №4**

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов. Считает себя больной около 15 лет, когда появились отѐки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала.

В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 2,6×10 12/л, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 5,7×10 9/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения. Биохимическое исследование крови: ACT - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевина - 38,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечѐткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечѐткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объѐмные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

**Задача №5**

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отеки, кожа над ними теплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×10 12/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×109 /л, лейкоциты - 10,7×10 9/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12- 20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α1 - 3,5%, α2 - 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

**Задача №6**

**Задача 2.** Больная Р., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на кожный зуд, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи, осветленный кал, снижение массы тела, кожный зуд и кровоточивость десен, метеоризм, запоры, «жирный кал». Перечисленные симптомы впервые появились 2 месяца назад. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена опухоль в области большого дуоденального сосочка, при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости - увеличение лимфатических узлов. Объективно больная пониженного питания, кожа и склеры желтушны, следы расчесов на коже, петехиальные высыпания, АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 52 мин-1.

**Анализ крови:** Общий белок 67 г/л, альбумин 57 %, глобулины 43 %, фибриноген 4 г/л, тимоловая проба 4 ед., креатинин 52 мкмоль/л, мочевина 6,5 ммоль/л, глюкоза (плазма) 5,3 ммоль/л, общий холестерин 14,2 ммоль/л, общий билирубин 270,7 мкмоль/л, прямой билирубин 252,1 мкмоль/л, непрямой билирубин 18,6 мкмоль/л, гемоглобин 80 г/л, уробилин -, желчные кислоты +++, АсАТ 59 ед/л, АлАТ 47 ед/л, ЩФ 283 ед/л,

**Анализ мочи:** цвет темного пива, белок отсутствует, уробилин отсутствует, глюкоза отсутствует, билирубин +++, желчные кислоты +++

**Анализ кала:**Стеркобилин –, Жирные кислоты +++, Желчные кислоты –, Цвет серо-белой глины

 Вопросы.

1. Укажите причину и вид желтухи, наблюдаемой у больного, обоснуйте свое заключение.

**Задача №7**

Больной Д., 45 лет, жалоб не предъявляет. Во время диспансеризации были выявлены изменения «печеночных проб». Из анамнеза известно, что 4 дня назад больной проходил курс иглоукалывания в частной клинике.

**Анализ крови:** Общий белок 67 г/л, Альбумин 57 %, Глобулины 43 %, Фибриноген 4 г/л, Тимоловая проба 4 ед., Креатинин 52 мкмоль/л, Мочевина 6,5 ммоль/л, Глюкоза (плазма) 5,3 ммоль/л, Общий холестерин 4,5 ммоль/л, Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, Прямой билирубин 0,4 мкмоль/л, Непрямой билирубин 19,6 мкмоль/л, Гемоглобин 80 г/л, Уробилин +++, Желчные кислоты -, АсАТ 49 ед/л, АлАТ 57 ед/л

**Анализ мочи:** Цвет соломенно-желтый, Белок отсутствует, Уробилин +++, Глюкоза отсутствует, Билирубин отсутствует, Желчные кислоты отсутствует

**Анализ кала:**Стеркобилин –, Жирные кислоты –, Желчные кислоты –, Цвет темно-коричневый

Вопросы.

1. С чем предположительно связано изменение «печеночных проб», и какой вид желтухи развивается в данном случае?

2. Как объяснить отсутствие желтушной окраски кожных покровов в настоящее время? Обоснуйте свои ответы.

**Задача №8**

Больная Л., 24 лет, поступила в инфекционную больницу на 12-й день от начала заболевания с жалобами на частую рвоту, слабость, головокружение и головную боль. Несколько раз было носовое кровотечение. Общее состояние тяжелое, пациентка с трудом отвечает на вопросы (заторможена). Температура - 37,5о С. Кожа и склеры желтушные. На коже множественные петехии. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 мин-1, ритмичный. АД – 90/50 мм рт. ст. Нижняя граница печени на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. В сыворотке крови обнаружен HBsAg.

**Анализ крови:** Общий белок 40 г/л, Альбумин 42 %, Глобулины 58 %, Фибриноген 1,2 г/л, Тимоловая проба 12 ед., Креатинин 57 мкмоль/л, Мочевина 1,5 ммоль/л, Глюкоза (плазма) 3,3 ммоль/л, Общий холестерин 1,5 ммоль/л, Общий билирубин 109,8 мкмоль/л, Прямой билирубин 70,0 мкмоль/л, Непрямой билирубин 39,4 мкмоль/л, Гемоглобин 80 г/л, Уробилин –, Желчные кислоты +, АсАТ 63 ед/л, АлАТ 98 ед/л, ЩФ 301 ед/л

**Анализ мочи:** Цвет интенсивно-желтый, Белок отсутствует, Уробилин –, Глюкоза отсутствует, Билирубин +, Желчные кислоты +

**Анализ кала:**Стеркобилин + (следы), Жирные кислоты ++, Желчные кислоты –, Цвет светло-коричневый.

Вопросы.

1. Укажите причину и вид желтухи, наблюдаемой у больного, обоснуйте свое заключение.

**Задача №9**

Больной Т., 25 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, тошноту, снижение аппетита, боли в суставах, субфебрильную температуру и желтушное окрашивание кожных покровов. Анамнез не отягощен, полгода назад лечился у стоматолога. *Объективно:* цвет кожных покровов желтушный с шафрановым оттенком. На коже следы расчесов. Живот умеренно вздут. Печень выступает из подреберья на 6 см, эластичная, чувствительная при пальпации.

**Анализ крови:** Общий белок 60 г/л, Альбумин 51 %, Глобулины 49 %, Фибриноген 2 г/л, Тимоловая проба 7 ед., Креатинин 57 мкмоль/л, Мочевина 6,5 ммоль/л, Глюкоза (плазма) 5,3 ммоль/л, Общий холестерин 10,5 ммоль/л, Общий билирубин 204,8 мкмоль/л, Прямой билирубин 19,4 мкмоль/л, Непрямой билирубин 185,4 мкмоль/л, Гемоглобин 80 г/л, Уробилин ++, Желчные кислоты ++, АсАТ 52 ед/л, АлАТ 58 ед/л, ЩФ 287 ед/л,

**Анализ мочи:** Цвет темного пива, Белок отсутствует, Уробилин ++, Глюкоза отсутствует, Билирубин +, Желчные кислоты +

 **Анализ кала:**Стеркобилин +, Жирные кислоты +, Желчные кислоты +, Цвет светло-коричневый

Вопрос.

1. Укажите вероятную причину и вид желтухи, наблюдаемой у больного, обоснуйте свое заключение.

**Тема 7. Особенности ведения физиологической беременности и беременных с экстрагенитальной патологией.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Что включает в себя оказание терапевтической помощи беременным женщинам?
2. Охарактеризуйте изменения в организме женщины при беременности.
3. Назовите особенности течения заболеваний ССС при беременности.
4. Укажите принципы ведения беременных с заболеваниями ССС.
5. Какова лечебная тактика у беременных с ОРЛ?
6. Определите тактику ведения беременных с пороками сердца.
7. Перечислите основные препараты, применяемые для лечения СН при беременности.
8. Какова тактика купирования гипертонического криза во время беременности?
9. Назовите принципы терапии АГ у беременных.
10. Назовите особенности диагностики, лечения и профилактики ЖДА беременных.
11. Укажите принципы лечения ОРВИ во время беременности.
12. Каковы показания для назначения антибактериальных средств?
13. Какова общая и медикаментозная тактика ведения беременных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях?
14. Назовите особенности течения беременности при заболеваниях мочевыделительной системы.
15. Проведите лечебные и профилактические мероприятия при обострении пиелонефрита во время беременности.
16. Определите тактику ведения беременных с патологией мочевыделительной системы.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Женщина 27 лет, экономист, направлена из женской консультации к врачу терапевту для планового осмотра. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 26 недель. Жалоб активно не предъявляет. Отмечает небольшую слабость и одышку при подъѐме на 3-4 этаж, однако считает указанные симптомы связанными с беременностью и к врачу по данному поводу не обращалась.

Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений, сопутствующую патологию отрицает. Родилась вторым ребѐнком в семье, в детстве часто болела ОРВИ. Менструации с 13 лет по 5 дней. Менструальный цикл 27 дней.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 170 см, вес – 74 кг (прибавка в весе составила 7 кг). Отѐков нет. Температура 36,4°С. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 110/60 мм.рт.ст. Обхват живота 94 см. Печень - 9х8х7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии отрицает.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,9 × 1012/л, гемоглобин – 90 г/л, МСН – 23 пг, MCV–74 фл, лейкоциты-4,9 × 109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 192×109/л, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1020, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Пациентка повторно обратилась на приѐм с результатами обследования: сывороточное железо – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 94 мкмоль/л, степень насыщения трансферрина железом – 6,4%, осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет. Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии.

4. Пациентка обратилась на приѐм терапевта через 1,5 года. Все рекомендации выполняла, три месяца назад в связи с производственной необходимостью вышла на работу, два месяца назад отметила появление усталости (связывает с интенсивностью профессиональной деятельности). Также периодически стали беспокоить боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом дюспаталина. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, MCH– 21 пг, MCV–74 фл, лейкоциты – 6,8×109/л, формула – без изменений, тромбоциты – 225×109/л, СОЭ – 16 мм/час. Ваша дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте свой выбор.

5. Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается и продлевается листок нетрудоспособности и его средние сроки.

**Задача №2**

Больная 25 лет, обратилась 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 принимала. Считает себя больной около 1 мес. За медицинской помощью обратилась впервые. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 27 недель. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больной лѐгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 165 см, вес 71 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 лѐгочный 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. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. План лечебных мероприятий.

4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

 **Задача №3**

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 9 недель, беременность протекает без осложнений. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая.

Объективно: температура тела 37,5°С, ЧСС – 112 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рѐберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отѐков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?

3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?

4. Сформулируйте план лечения.

 **Задача №4**

Больная 19 лет предъявляет жалобы на боль в горле, затруднение глотания и повышение температуры тела выше 37,5°С в течение двух дней. Она отмечает, что ее младшая сестра на прошлой неделе «болела такой же инфекцией». Осиплости голоса, слюнотечения, скованности мышц шеи не отмечается. Пациентка отрицает такие клинические проявления как кашель, кожные высыпания, тошнота и рвота или диарея. За пределы постоянного места жительства в последний год не выезжала, иммунизация выполнена полностью в соответствии с национальным календарем. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 26 недель. Хроническими заболеваниями не страдает, лекарственные препараты не принимает, аллергические реакции отрицает. Объективно: температура тела 37,6°С, ЧСС – 104 удара в минуту, АД – 118/64 мм.рт.ст., частота дыхания 18 в минуту, сатурация кислородом 99%. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована, миндалины значительно увеличены в размерах с обеих сторон, в лакунах определяется налѐт белого цвета, больше слева, отклонения язычка нет. Имеет место увеличение передних шейных и подчелюстных лимфатических узлов с обеих сторон, лимфатические узлы до 2,5 см, эластичные, умеренно болезненные при пальпации. Кожные покровы чистые. Органы дыхания и кровообращения без отклонений от нормы. Обхват живота 94 см. Печень - 9х8х7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурию отрицает. Суставы без экссудативных проявлений, объѐм движений полный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие опасные и угрожающие жизни причины боли в горле следует рассматривать в контексте дифференциального диагноза?

4. Какие лабораторные исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

5. Сформулируйте план лечения.

**Задача №5**

Больная Д. 28 лет обратилась в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение. Физиологическая беременность 23 недели.

Накануне утром почувствовала недомогание, появились неприятные ощущения в горле. Измерила температуру тела – 37,6 °С. На следующий день продолжали беспокоить слабость, разбитость, боль в горле, заложенность носа, появилась головная боль, температура выше 37,8 °С не повышалась.

При осмотре температура тела 37,5 °С, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого нѐба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отѐчны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учѐтом синдромального подхода и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.

4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

5. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

**Задача №6**

Больная М. 27 лет обратилась к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Наблюдается в женской консультации в связи со II беременностью, срок беременности составляет 26 недель. I беременность и роды протекали без осложнений.

Анамнез заболевания: заболела 15.01. в первой половине дня, когда почувствовала озноб, повысилась температура до 38,0°С, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спала, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 38,5°С, головная боль усилилась.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и еѐ зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нѐба. В лѐгких – жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Печень и селезѐнка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.

4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

**Задача №7**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту, наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 30 недель. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию:

низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β2-агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отѐков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.

4. Составьте план диспансерного наблюдения.

5. проведите экспертизу трудоспособности. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

**Задача №8**

Женщина 29 лет, направлена из женской консультации к врачу терапевту для планового осмотра. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 28 недель. Жалобы на слабость, утомляемость, ломкость ногтей, одышку при подъѐме на 3 этаж, однако считает указанные симптомы связанными с беременностью и к врачу по данному поводу не обращалась.

Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений, сопутствующую патологию отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Отмечается бледность кожи лица.. Рост – 168 см, вес – 74 кг (прибавка в весе составила 7 кг). Отѐков нет. Температура 36,7°С. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 110/60 мм.рт.ст. Обхват живота 94 см. Печень - 10х9х8 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии отрицает.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,9 × 1012/л, гемоглобин – 86 г/л, МСН – 23 пг, MCV–74 фл, лейкоциты-4,9 × 109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 17%, моноциты – 9%, тромбоциты – 196×109/л, СОЭ - 24 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1021, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения. Осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии.

**Задача №9**

Больная 30 лет. Беременность 32 недели. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°С.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 4 года назад во время 1беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 145/90 мм рт. ст. Обхват живота 97 см. Печень - 10х9х8 см. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 14,0×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - 200,0×109/л, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

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

**Вопросы:**

1. Какой можно поставить диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.

3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.

4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.

5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

**Задача №10**

Больная К. 34 лет, вызвала на дом участкового врача-терапевта. Беременность 26 недель. Предъявляет жалобы на головокружение, ощущения пульсации в голове, тошноты, мелькание «мушек» перед глазами. Данные симптомы впервые в жизни появились несколько часов тому назад на фоне стресса.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд/мин. АД – 170/100 мм рт ст. В лѐгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в мин. Периферических отѐков нет.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Препараты выбора для купирования гипертонического криза у данного больного.

5. Где должно осуществляться дальнейшее лечение.

**Тема 8.** **Онконастороженность в работе врача первичного звена. Паранеопластический синдром.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных. Особенности выявления рака в доклиническом периоде.

2. Паранеопластический синдром.

3. Современные представления о механизмах канцерогенеза. Эпидемиология рака.

4. Основные факторы формирования групп онкологического риска.

5. Методы диагностики злокачественных опухолей и осложнений.

6. Методы лечения в онкологии.

7. Профилактика злокачественных новообразованиий

8. Диспансеризация онкологических больных. Клинические группы диспансерного учета.

9. Особенности медицинской деонтологии в онкологии.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1.**

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырѐх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель.

Из анамнеза жизни: туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, абортов - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой рѐберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечѐткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

4. Какой ступени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.

5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

**Задача № 2**

Больной Д, 63 года, обратился 3 марта. С жалобами на: затруднение глотании пищи, тупую боль за грудиной, изжогу, тошноту. Состояние удовлетворительное, вес 55 кг, рост 164 см, АД 150/90мм.рт.ст. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит с 15 лет по одной пачке в день, стаж курения 49 лет. По специальности слесарь, работает на заводе с ртутно измерительными приборами, отмечает загазованность помещения.

OAK; Эритроциты- 5,0 , НЬ 160 г/л; цв.п.О,9; Тромбоциты 185; лейкоциты 6,7%; эоз 1%; пал 1%; с/я 68%; лимф 22%; моноциты 8%; СОЭ 3 мм/ч.

Rg исследование пищевода: нарушение рельефа слизистой оболочки пищевода, сужение просвета в средне трети пищевода.

**Вопросы:**

Предварительный диагноз?

1. С какими заболеваниями можно провести дифференциальный диагноз?
2. Этиология и патогенез?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная Б., 59 лет впервые почувствовала себя плохо в декабре 2010 г. Предъявляла жалобы на тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, снижение аппетита, к врачу не обращалась. 25 февраля 2011 г. обратилась к врачу с жалобами на дисфагию полужидкой и твердой пищей, тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, похудела на 20 кг.

Из сопутствующих заболевания выявлено, что 10 лет назад был обнаружен полип слизистой желудка. Ничем не лечилась, жалобы были только на редко возникающую изжогу. Также установлен хронический гастрит с детства.

Анамнез жизни: питание удовлетворительное; работала в птичнике, распылителем химических веществ. Вредных привычек нет.

Госпитализирована в онкологический диспансер для постановки диагноза, обследования и лечения.

Обследование: ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, эластичная, в 42 см. от резцов просвет пищевода сужен за счет инфильтрата - распространяющегося на

кардиальный отдел желудка, опухоль плотная. Контактно кровоточит. Складки сглажены, перистальтика снижена, слизистая гладкая, тусклая, бледно-розовая, атрофична. Взят материал на Н. р. (результат Н. р. +++)

КТ: печень обычно расположена, в паренхиме диффузные округлые очаги от 5 до 23 мл.

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз
2. Провоцирующие факторы
3. Диагностика
4. Лечение
5. Прогноз

**Задача № 4**

Женщина, 60 лет. Еще с осени 2010 отмечала общую слабость, периодическое послабление стула (к врачу не обращалась}. В декабре 2010 переболела гриппом. На очередном приеме у терапевта в OAK выявили анемию (НЬ — 90 г/л). Провели обследование: ФГДС (патологии не выявлено), ирригоскопия (при заполнении толстой кишки контрастной смесью определяется дефект наполнения в восходящем отделе ободочной кишки), колоноскопия (в восходящей ободочной кишке имеется полиповидное образование размерами 5см\*4см\*4см, на его поверхности язва 2\*1,5 см. покрыта желтовато-серым налётом). Онкологом по месту жительства была направлена в онкологический диспансер для обследования и лечения.

Работала инженером. В рационе преобладают легкоусваемые углеводы, животные белки, имеется дефицит фруктов, овощей. Алкоголем не злоупотребляет, не курит. Хронические заболевания — ЖКБ. Травм и операций не было. Наследственность не отягощена.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания. Температура тела - 3.6,9°С. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 74 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Язык влажный, чистый. При осмотре живота патологии не выявлено. Поверхностная пальпация: живот безболезненный, напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правой подвздошной области, здесь определяется образование плотной консистенции, округлой формы, диаметр примерно равен 4 см. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Проведено обследование: OAK (эр. *-*4,28\*1012/л, НЬ - 124 г/л, тром. - 413\*109/л, лейк. -11,9\*109/л, СОЭ - 18 мм/ч), БАК и OAK в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз
2. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз
3. Ведущий клинический синдрому данного больного
4. Дополнительные методы обследования
5. Тактика лечения

**Задача № 5**

Женщина 56 лет, пять лет назад появились боли в задней части грудной клетки с иррадиацией в грудной отдел позвоночника, боли умеренной интенсивности, вне" связи с приемом пищи или физической нагрузкой. Обратилась за медпомощью *к*участковому терапевту. Направлена на консультацию к невропатологу, на Rg-снимках позвоночника был выявлен остеохондроз шейного и поясничного отделов. Длительно лечилась у вертебролога, без эффекта. Вскоре присоединившаяся дисфагия при приеме твердой пищи не насторожила пациентку, т.к. вертебролог «предупредил», что после сеансов терапии может появиться затруднение глотания. В связи с неэффективностью проводимого лечения 26.01.2011 обратилась за консультацией теоапевта е больницу им.Семашко. 31.01.2011 проведено ФГДС: в н/3 пищевода с 29 по 36 см — неровность слизистой. 28.03.11 поступила на дообследование и лечение в АОКОД.

Бытовые условия и питание, считает удовлетворительными (любит острую пищу). Работала экономистом. Травм (в том числе и ожогов пищевода), операций не было. Наследственность не отягощена. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Хронические заболевания - хронический гастрит, вне обострения; ГБ И ст., 3 ст. субкомпенсация; МКБ, реписсия.

Обьективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит сохранен, вес — 50,5 кг, рост — 159 см (покидания не отмечала). Температура тела - 36,7°С. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 76 в минуту. АД — 150/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДЦ - 20 в минуту. Язык влажный, слегка обложен. Проглатывание твёрдой пищи затруднено. Живот мягкий, безболезненный. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколзчивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный, оформленный.

Проведено обследование: OAK (эр. - 4,97\*1012/л. НЬ - 152 г/л, тромб. - 253\*109/л, лейк. -5,5\*109/л, СОЭ - 10 мм/ч); ОАМ — в пределах N; КТ достоверных данных за инвазивный, метастатический процесс в органах грудной клетки не выявила.

**Вопросы:**

1. Предположителъньй диагноз
2. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз
3. Что необходимо провести для подтверждения диагноза и верификации?
4. Дополнительные методы обследования
5. Тактика лечения

**Задача № 6**

Больной О., 47 лет впервые почувствовал себя плохо в сентябре 2010 г. Предъявлял жалобы на выделение крови при дефикации с сентября 2010 г., ночью ходил в туалет по 5-6 раз, были позывы, но кала выделялось мало, было взудите живота. К врачу не обращался, так как решил, что у него геморрой. В ноябре выписал таблетки по интернету от геморроя, но они не помогли. Обратился к врачу в январе 2011 г, так как выделение крови усилилось, стул несколько раз в день, не устойчивый. 15 февраля 2011 г. направили в Онкологический диспансер. За это время похудел на 10 кг.

Анамнез жизни: питание удовлетворительное; работает водителем 28 лет. Вредные привычки: курит с 18 лет, выпивает иногда. Страдает запорами.

Обследование: OAK: Er - 4,6\*1012/л, НВ - 147 г/л, ц. п. - 0,96, Le - 7,8\*109/л,

Т1 - 286\*10 9/л, СОЭ -40 мм/ч, Le формула: эозинофилы - 2%, п/я **нейтр.**- 6%, с/я нейтр. - 70 %, лимфоциты - 15%, моноц. - 7%

Биохимическое исследование: мочевина - 6,6 ммоль/л, билирубин общ. - 9,2 мкмоль/л,

Глюкоза - 5,7 ммоль/л, общ. Белок - *66*г/л, креагинин - 74 ммоль/л, ACT - 34 ед., АЛТ -21 ед.

Ректороманоскопия: на 9 см. опухолевидное образование с неровной бугристой поверхностью, значительно суживающий просвет кишки. Выраженная контактная кровоточивость.

Per rectum: по передней стенке ампулярного отдела прямой кишки определяется экзофитная опухоль, умеренно подвижная, почти циркулярная, с сужением просвета до 1,5 см.

**Вопросы:**

1)Поставить диагноз

2)Провоцирующие факторы

3)Диагностика

4)Лечение

5)Прогноз

**Задача № 7**

Пациент А, 75 лет обратился в поликлинику с жалобами на затруднение глотания твердой и полужидкой пищи в течение полугода, общую слабость и похудание. Общее состояние удовлетворительное, пульс 72 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Из анамнеза: стаж курения 53 года, количество выкуриваемых сигарет - пачка в день. Употребление алкоголя, со слов больного, умеренное. Хронические заболевания: Стенокардия напряжения, ф.к.2. ХСН 2А, ф.к.2.

OAK: эритроциты 5,04\*1012/л, гемоглобин 150 г/л, цветной показатель 0,9, гематокрит 41,4%, тромбоциты 126\*109/л, лейкоциты 4,9\*109/л, базофилы 1%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 20%, моноциты 11%, СОЭ 24 мм/час. ФГДС: пищевод свободно проходим до уровня 28 см от резцов, где имеется стеноз до 0,7-0,8 см за счет бугристой опухолевой ткани. Протяженность стеноза до 37 см от резцов. Розетка кардии свободна.

**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз.

2.Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

3.Факторы риска развития предполагаемого заболевания в целом, у данного пациента.

4.План лечения.

5.Прогноз.

**Задача № 8**

 Больной З., 62 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру тела.

 Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5 месяцев.

 Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,40С. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота отмечается разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слегка болезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

1. ПОСТАВИТЬ И ОБОСНОВАТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

1. НАМЕТИТЬ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.
2. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.
3. ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.

**Задача № 9**

Больной Р., 54 лет. В течение 3 месяцев предъявляет жалобы на постоянное повышение температуры тела по вечерам до 38-390С, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье, вздутие живота, снижение массы тела. Заболел постепенно и отмечает прогрессирующее ухудшение самочувствия. Ранее болел язвенной болезнью 12-перстной кишки, 2-3 года назад было выявлено умеренное увеличение печени без нарушения ее функции.

 При осмотре: состояние больного тяжелое. Печень выступает на 8-10 см из-под подреберья, край гладкий, плотный, безболезненный.

 В общих анализах крови: лейкоцитоз до 15x109/л, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, СОЭ – 40-60 мм/ч. В биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия, умеренное повышение показателей щелочной фосфатазы и трансаминаз.

1. ПОСТАВИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.
2. НАМЕТИТЬ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.
3. ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.

**Задача №10**

Больной Р., 46 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, упорный кашель с небольшим количеством мокроты, субфебрильную температуру. За 3 месяца похудел на 6 кг. Курит в течение 30 лет.

 Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,90С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. В легких перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по срединно-ключичной линии. Дыхание ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

1. ПОСТАВИТЬ И ОБОСНОВАТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.
2. НАМЕТИТЬ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.
3. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.
4. ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.

**Тема 9.** **Особенности лечения больных пожилого возраста при острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и неотложных состояниях в амбулаторных условиях.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Дайте определение гериатрии и геронтологии. Заболевания наиболее типичные для пациентов пожилого возраста

2. Особенности физиологических и психических функций больных пожилого и старческого возраста.

3. Особенности течения соматических заболеваний у пожилых.

4. Основные принципы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте.

5. Побочные эффекты лекарственных средств у пожилых.

6. Особенности течения артериальной гипертензии, изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) у пожилых больных.

7. Особенности медикаментозного лечения артериальной гипертензии, гипертонических кризов у больных пожилого возраста.

8.Гипотензивные препараты, применяемые у пожилых пациентов.

9. Особенности лечения острого коронарного синдрома (ОКС) у больных пожилого возраста.

10. Особенности лечения инфекции и внебольничной пневмонии у больных пожилого возраста.

11. Принципы обезболивающей терапии при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у пожилых больных.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент 3., 62 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2007 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6>25 мм, STV5,6 ниже изолинии, Т (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Определите трудоспособность.
4. План диспансерного наблюдения.

**Задача № 2**

Пациентка С., 65 лет поступила с жалобами на умеренные головные боли в затылочной и височной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при подъеме на 2 этаж.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертонией в течение 15 лет, максимальные цифры АД 220/120, лекарства принимает нерегулярно, АД не контролирует.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 75 в 1 минуту, АД 190/110 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Оцените эффективности проводимой фармакотерапии.

**Задача № 3**

Пациент П., 62 лет, диспетчер, впервые в жизни почувствовал жгучие загрудинные боли, которые возникли в покое, продолжались около часа и прошли самостоятельно. Участковый врач освободил больного от работы, рекомендовал постельный режим и прием папаверина. На следующий день приступ повторился и продолжался более часа. Больному пришлось обратиться за неотложной помощью. Врач направил его в один из крупных стационаров города, где в приемном отделении сняли ЭКГ, не нашли никаких изменений и отказали в госпитализации. Еще через день снова возник еще более тяжелый и длительный приступ. Больного госпитализировали. На ЭКГ обнаружили признаки распространенного передне-перегородочного инфаркта миокарда.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите врачебные ошибки на догоспитальном этапе.

**Задача № 4**

В приемный покой неврологического отделения бригадой скорой помощи доставлен мужчина 63 лет. Известны следующие данные анамнеза: в течение 15 лет страдал гипертонической болезнью, периодически с кризами последние 2-3 года. При эмоциональном напряжении и физической нагрузке (ходьба в ускоренном темпе, подъем на лестницу) возникают давящие боли за грудиной. Принимал нитроглицерин с эффектом.

Последние несколько дней приступы боли у него резко участились. Сегодня, в конце рабочего дня, в 16 час, после совещания потерял сознание (на 4-5 мин), упал. Врач скорой помощи констатирует: амнезия, бледность, АД 190/110 мм. рт. ст., пульс 88 уд. в 1 мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены, на аорте акцент II тона. В легких хрипов нет.

В приемном отделении невропатолог отмечает: больной в сознании, легкий левосторонний гемипарез, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 92 уд. в 1мин., ритмичный. В крови лейкоцитов -6,1 х 109 /л, СОЭ - 8 мм/час.

На ЭКГ во II, III отведениях смещение вверх сегмента ST.

Невропатолог вызывает на консультацию терапевта.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие лабораторные исследования позволяют уточнить диагноз, в какие сроки их необходимо провести?
3. В какие сроки необходимо повторить ЭКГ и какую динамику ЭКГ Вы можете ожидать?
4. В какое отделение целесообразно госпитализировать больного и какие специалисты должны его наблюдать?
5. Какие клинические и лабораторные проявления будут в дальнейшем определять необходимость антикоагулянтной терапии?

**задача № 5**

Пациент 68 лет, перенесший 3 года назад острый инфаркт миокарда,

предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, сердцебиение, перебои в работе сердца, усиление отеков на ногах, одышку (в последние 4 дня). В течение 3 лет постоянно принимает дигоксин по 1 таблетке в день, триампур - через день. В последние дни из-за отсутствия в аптеке триампура его заменили фуросемидом.

1. Назовите причину ухудшения состояния.
2. Назначьте обследование.
3. Проведите коррекцию лечения.

**Задача № 6**

Пациент Д.,67 лет, пенсионер. Обратился в поликлинику с жалобами на

сердцебиение, ощущение нехватки воздуха. Ранее к врачам не обращался.

Объективно: бледность кожных покровов, небольшой акроцианоз. В лёгких жёсткое дыхание, в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС- 92 уд. в 1 мин. АД-140/90мм. рт. ст.

ЭКГ: Мерцание предсердий, признаки гипертрофии левого желудочка с недостаточностью кровоснабжения нижнебоковой стенки (глубокие отрицательные Т в ІІІ, V5, V6).

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Принципы лечения.
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента.

**Задача № 7**

В центральную районную больницу поступил мужчина 68 лет. Из анамнеза известно, что страдает ишемической болезнью примерно с 57- летнего возраста, перенес дважды (в 59 и 63 года) инфаркт миокарда. Продолжаются приступы стенокардии напряжения с периодическим появлением единичных приступов стенокардии покоя. Вчера утром после завтрака у него развился приступ стенокардии, который прошел только после повторного приема нитроглицерина (продолжался больше 35-40 мин.). Во второй половине дня более короткие приступы повторялись трижды, отмечал слабость, госпитализирован. Сегодня болей в сердце не отмечает. Утром температура - 37,3о С, в 17 час.- 37,5о С. Пульс - 92 уд. в 1 мин., ритмичный. АД- 150/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, на верхушке негрубый систолический шум и акцент ІІ тона на аорте. По другим органам без видимой патологии.

В анализе крови: лейкоцитов- 9,0-109 /л, э- 0, п- 5, с- 71, л- 19, м- 5, СОЭ-8 мм/ час.

ЭКГ, снятая сегодня во второй половине дня, по сравнению с предыдущей, динамики не имеет. Отмечаются рубцовые изменения от перенесенных инфарктов.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем объяснить повышение температуры и количества лейкоцитов? Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как объяснить отсутствие динамики ЭКГ?

**Задача № 8**

Пациентка 68 лет обратилась с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: Температура 36,4°С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в 1 минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии на 4 см.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика и прогноз.
4. Профилактические мероприятия.

**Задача № 9**

Во время эпидемии гриппа участковый терапевт получает вызов по поводу повышения температуры к мужчине 68 лет. Врач очень бегло собирает анамнез: сегодня у больного (в 17 часов) температура 38,1оС, утром была 37,3оС, вчера утром – нормальная, а вечером – 37,5о С. При осмотре: небольшая гиперемия зева. В легких хрипов нет. Пульс 104 уд. В мин., ритмичный, 1-2 экстрасистолы в мин., АД – 105/70 мм. рт. ст. Тоны сердца глухие.

Врач выписывает больничный лист с диагнозом «грипп», рецепт на аспирин. В это время больной обращает внимание врача на то, что у него в настоящее время, кроме повышения температуры, имеются ощущения давления за грудиной. Врач объясняет больному, что это вероятно, стенокардия и просит его после выздоровления от гриппа придти в поликлинику на прием. В эти же сутки, в 1 час ночи больной просыпается от жесточайшей боли за грудиной. Вызванная бригада скорой помощи транспортирует его в больницу, но по дороге больной умирает.

1.Проанализируйте ошибки участкового врача.

**Задача № 10**

Больной П. 62 лет, диспетчер, впервые в жизни почувствовал жгучие загрудинные боли, возникшие в покое, продолжающиеся около часа, которые самостоятельно прошли. Участковый врач освободил больного от работы, рекомендовал постельный режим и прием папаверина. На следующий день приступ повторился и продолжался более часа. Больному пришлось обратиться за неотложной помощью. Врач направил его в один из крупных стационаров города, где в приемном покое сделали ЭКГ, не нашли никаких измений и отказали в госпитализации. Еще через день снова возник еще более тяжелый и длительный приступ. Больного госпитализировали. На экг обнаружили признаки распространенного передне-перегородочного инфаркта миокарда.

1. Проведите анализ врачебных ошибок на догоспитальном этапе.

**Задача № 11**

Больной л. 43 года, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной, опоясывающие боли в животе, одышку. Болен около 1 месяца, когда появились вышеуказанные жалобы. Боли в животе прошли. Последние 2 дня вновь стал отмечать боли в области живота. При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 2 см. Кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье. Сосудистый пучок расширен влево на 1 см. Тоны сердца аритмичные, І тон ослаблен, единичные экстрасистолы, акцент ІІ тона над аортой, систолический шум над верхушкой и аортой. АД на верхних конечностях – 160/90 мм.рт.ст., на нижних 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный в эпи- и мезогастральной области, где пальпируется опухолевидное образование, выслушивается систолический шум над ним.

Анализ крови: эритроциты 3х1012/л, НВ-60г/л,цп-0.6, ретикулоциты 1.6%, тромбоциты 360х109/л. Анизоцитоз, пойкилоцитоз; лейкоциты 10х109/ л, п-5, с-52, л-38, м-5, соэ-25мм/ час.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какова тактика ведения больного.

**Задача № 12**

В центральную районную больницу поступил мужчина 68 лет. Из анамнеза известно, что страдает ишемической болезнью примерно с 57- летнего возраста, перенес дважды (в 59 и 63 года) инфаркт миокарда. Продолжаются приступы стенокардии напряжения с периодическим появлением единичных приступов стенокардии покоя. Вчера утром после завтрака у него развился приступ стенокардии, который прошел только после повторного приема нитроглицерина (продолжался больше 35-40 мин.). Во второй половине дня более короткие приступы повторялись трижды, отмечал слабость, госпитализирован. Сегодня болей в сердце не отмечает. Утром температура - 37,3о С. В 17 час.- 37,5о С. Пульс 92 уд. в 1 мин., ритмичный. АД- 150/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, на верхушке негрубый систолический шум и акцент ІІ тона на аорте. По другим органам - без видимой патологии. В анализе крови: лейкоцитоз- 9,0-109 /л, э- 0, п- 5, с- 71, л- 19, м- 5, соэ-8 мм/ час. ЭКГ, снятая сегодня во второй половине дня (по сравнению с предыдущей) динамики не имеет. Отмечаются рубцовые изменения от перенесенных инфарктов.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем объяснить повышение температуры и количества лейкоцитов?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения вашего предварительного диагноза?
4. Смущает ли вас отсутствие динамики ЭКГ? Затрудняет ли в данном случае диагностику отсутствие динамики на ЭКГ?

**Тема 10. Зачет: решение case*-*заданий, оформление медицинской документации.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*Собеседование (решение case-заданий, заполнение медицинской документации)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Билеты, содержащие 2 case-задания и оформление 1 нормативного медицинского документа.*

**Билет №1**

**Сase-задание № 1**

 Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В анамнезе – 2 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. Сахарного диабета нет. В течение последних 10 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Сегодня вечером отметил появление интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. Боль и одышка волнообразно рецидивируют. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет.

1. Назовите предварительный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимо выполнить для оценки состояния пациента?

3. Окажите неотложную помощь?

4. Маршрутизация пациента?

**Сase-задание № 2**

Пациент 3., 62 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2007 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6>25 мм, STV5,6 ниже изолинии, Т (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Определите трудоспособность.
4. План диспансерного наблюдения.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: листок нетрудоспособности при обострении язвенной болезни.

**Билет №2**

**Сase-задание № 1**

Пациент А, 68 лет в течение 10 лет страдает персистирующей мерцательной аритмией. В анамнезе – перенесенный острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому (2017 год). В течение последних 5 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, 2 месяцев эпизодически появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает периндоприл 8 мг 1 раз в сутки, аспирин 125 мг в сутки. Утром отметил внезапное появление сердцебиения и интенсивной инспираторной одышки. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем,АД 150/95 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС ударов 127 в минуту, дефицит пульса 40. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних и средних отделах легких с двух сторон. Отеков нет. На ЭКГ – признаки мерцательной аритмии. Отклонение электрической оси влево.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Какие осложнения в течении заболевания пациента наиболее вероятны?

3. Какие лабораторные показатели и инструментальные методы исследования необходимы для оценки его состояния?

4. Окажите неотложную помощь.

5. В чем будет заключатся коррекция лечения пациента?

**Сase-задание № 2**

Пациент К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. обоснуйте свой выбор.

5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного и решите вопрос о выдаче листа нетрудоспособности.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: санаторно-курортную карту (форма № 072/у)

**Билет №3**

**Сase-задание № 1**

Пациентка А. 38 лет жалуется на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купировавшиеся врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышениях АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

**Сase-задание № 2**

Пациентка С., 65 лет поступила с жалобами на умеренные головные боли в затылочной и височной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при подъеме на 2 этаж.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертонией в течение 15 лет, максимальные цифры АД 220/120, лекарства принимает нерегулярно, АД не контролирует.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 75 в 1 минуту, АД 190/110 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Оцените эффективности проводимой фармакотерапии.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025-1/у)

**Билет №4**

**Сase-задание № 1**

Пациент 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощен, кожа сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Изо рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 уд/мин). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезенка не пальпируется.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

**Сase-задание № 2**

Женщина 27 лет, экономист, направлена из женской консультации к врачу терапевту для планового осмотра. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 26 недель. Жалоб активно не предъявляет. Отмечает небольшую слабость и одышку при подъѐме на 3-4 этаж, однако считает указанные симптомы связанными с беременностью и к врачу по данному поводу не обращалась.

Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений, сопутствующую патологию отрицает. Родилась вторым ребѐнком в семье, в детстве часто болела ОРВИ. Менструации с 13 лет по 5 дней. Менструальный цикл 27 дней.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 170 см, вес – 74 кг (прибавка в весе составила 7 кг). Отѐков нет. Температура 36,4°С. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 110/60 мм.рт.ст. Обхват живота 94 см. Печень - 9х8х7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии отрицает.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,9 × 1012/л, гемоглобин – 90 г/л, МСН – 23 пг, MCV–74 фл, лейкоциты-4,9 × 109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 192×109/л, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1020, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Пациентка повторно обратилась на приѐм с результатами обследования: сывороточное железо – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 94 мкмоль/л, степень насыщения трансферрина железом – 6,4%, осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет. Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии.

4. Пациентка обратилась на приѐм терапевта через 1,5 года. Все рекомендации выполняла, три месяца назад в связи с производственной необходимостью вышла на работу, два месяца назад отметила появление усталости (связывает с интенсивностью профессиональной деятельности). Также периодически стали беспокоить боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом дюспаталина. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, MCH– 21 пг, MCV–74 фл, лейкоциты – 6,8×109/л, формула – без изменений, тромбоциты – 225×109/л, СОЭ – 16 мм/час. Ваша дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте свой выбор.

5. Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается и продлевается листок нетрудоспособности и его средние сроки.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: справка для получения путевки на санторно-курортное лечение (форма № 070/у)

**Билет №5**

**Сase-задание № 1**

У женщины 26 лет в раннем послеродовом периоде появились выраженная одышка, цианоз, тахикардия, понизилось АД. Над всей поверхностью легких выслушиваются свистящие хрипы, в нижних отделах — крепитация. Пациентку подключили к аппарату ИВЛ. Через сутки состояние остается крайне тяжелым — РаО2 снижается до 35–45 мм рт. ст., возрастают легочное сосудистое сопротивление и давление в легочной 11 артерии. На обзорной рентгенограмме выявляются множественные круглые тени, на фоне которых прослеживаются просветления линейной формы — просветы бронхов.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятный?

2. Назовите причину данного состояния.

**Сase-задание № 2**

 Больная 25 лет, обратилась 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 принимала. Считает себя больной около 1 мес. За медицинской помощью обратилась впервые. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 27 недель. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больной лѐгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 165 см, вес 71 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 лѐгочный 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. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. План лечебных мероприятий.

4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма№ 058/у)

**Билет №6**

**Сase-задание № 1**

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой

кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую

слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом.

Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приѐмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

  1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

 5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9°С), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10/л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

**Сase-задание № 2**

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

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

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×109 /л, СОЭ – 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевина – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м2 по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000.

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

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.

5.Оформите лист нетрудоспособности.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию (форма № 057/у-04)

**Билет №7**

**Сase-задание № 1**

Пациент М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отеков нет. Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В лёгких ясный легочной звук, тупости: правая - правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×7 см, пузырные симптомы отрицательные, селезенке не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин -146 г/л, лейкоциты - 6,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1017, белок – 0,067 г/л, сахар - отр, ацетон - отр, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 16,9, общ. белок – 69 г/л, сахар – 2,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 23 Ед/л, Na+ - 141,65 ммоль/л, K+ - 4,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 100 в минуту. ЭОС - горизонтальная. Признаки метаболических изменений миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Сase-задание № 2**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

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

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4×109 /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

 Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании?

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: карту учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (форма № 131/у)

**Билет №8**

**Сase-задание № 1**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому 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 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты - 8,9×109 /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2 . Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**Сase-задание № 2**

Пациентка П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжелое. Положение пассивное (лежа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя.

Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В легких при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжен при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лактореи нет.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - 10,2×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%.

СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na+ - 131,3 ммоль/л, K+ - 3,2 ммоль/л, Fe2+ - 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23, ВЕ - 8,3.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: справка для получения путевки на санторно-курортное лечение (форма № 070/у).

**Билет №9**

**Сase-задание № 1**

 Больная Р., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на кожный зуд, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи, осветленный кал, снижение массы тела, кожный зуд и кровоточивость десен, метеоризм, запоры, «жирный кал». Перечисленные симптомы впервые появились 2 месяца назад. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена опухоль в области большого дуоденального сосочка, при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости - увеличение лимфатических узлов. Объективно больная пониженного питания, кожа и склеры желтушны, следы расчесов на коже, петехиальные высыпания, АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 52 мин-1.

**Анализ крови:** Общий белок 67 г/л, Альбумин 57 %, Глобулины 43 %, Фибриноген 4 г/л, Тимоловая проба 4 ед., Креатинин 52 мкмоль/л, Мочевина 6,5 ммоль/л, Глюкоза (плазма) 5,3 ммоль/л, Общий холестерин 14,2 ммоль/л, Общий билирубин 270,7 мкмоль/л, Прямой билирубин 252,1 мкмоль/л, Непрямой билирубин 18,6 мкмоль/л, Гемоглобин 80 г/л, Уробилин -, Желчные кислоты +++, АсАТ 59 ед/л, АлАТ 47 ед/л, ЩФ 283 ед/л

**Анализ мочи:** цвет темного пива, белок отсутствует,
уробилин отсутствует, глюкоза отсутствует, билирубин +++, желчные кислоты +++

**Анализ кала:**Стеркобилин –, Жирные кислоты +++, Желчные кислоты –, Цвет серо-белой глины

 Вопрос: укажите причину и вид желтухи, наблюдаемой у больного, обоснуйте свое заключение.

**Задача №2**

 Пациент Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведет активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м2. Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отек макулярной области.

Подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.

5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма№ 058/у)

**Билет №10**

**Сase-задание № 1**

 Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день.

Объективно: состояние тяжѐлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинѐн, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Сase-задание № 2**

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырѐх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель.

Из анамнеза жизни: туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, абортов - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой рѐберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечѐткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

4. Какой ступени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.

5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: листок нетрудоспособности.

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

**Билет №11**

**Сase-задание № 1**

 Пациентка М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года.

Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни.

, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++). Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3 (8,3-18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

**Сase-задание № 2**

 Больной Р., 46 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, упорный кашель с небольшим количеством мокроты, субфебрильную температуру. За 3 месяца похудел на 6 кг. Курит в течение 30 лет.

 Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,90С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. В легких перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по срединно-ключичной линии. Дыхание ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Перечислить возможные осложнения.
4. Определить тактику лечения.

**Задание № 3**

Оформите медицинский документ: листок нетрудоспособности.

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **реферат**  | Оценка «5 баллов» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, использованы современные источники литературы (преимущественно последних 5 лет). |
| Оценка «4 балла» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении, использованы многочисленные источники литературы, опубликованные ранее, чем за последние 5 лет. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата; отсутствуют ряд пунктов в структуре оформления (введение, заключение, список литературы); использована литература, опубликованная ранее, чем 10 лет назад, либо отсутствует. |
| Оценка «2 балла» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не соблюдены требования к структуре и оформлению реферата. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если реферат не выполнен. |
| **устный опрос** | Оценкой «5 баллов» оценивается ответ, который показывает глубокое и полное овладение содержанием учебного материала, в котором обучающийся легко ориентируется, понятийным аппаратом, грамотное, логическое изложение ответа в устной форме. |
| Оценкой «4 балла» оценивается ответ, свидетельствующий, что обучающийся полно освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, но содержание, форма ответа имеют отдельные неточности. |
| Оценкой «3 балла» оценивается ответ, если обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий. |
| Оценкой «2 балла» оценивается ответ, свидетельствующий, что обучающийся имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся не явился. |
| **решение ситуационных** **задач (case-заданий)** |  Оценка «5 баллов» выставляется за умение обучающегося связывать теорию с практикой, правильное решение case-заданий с обоснованием своего суждения. |
| Оценка «4 балла» выставляется, если обучающийся осознанно применяет знания для решения case-заданий, грамотно излагает ответ, но содержание или форма ответа имеет отдельные неточности. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийсядопускает неточности в решении case-заданий, не умеет доказательно обосновать свои суждения. |
| Оценка «2 балла» выставляется, если обучающийся не может решить case-задания. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся отсутствовал при выполнении case-заданий. |
| **Заполнение медицинской документации** | Оценка «5 баллов» выставляется, если обучающийся правильно оформил медицинский документ. |
|  Оценка «4 балла» выставляется, если заполнение медицинского документа имело одну ошибку или было не в полном объеме. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийся допускает 2-3 ошибки или неточности при оформлении медицинского документа.  |
| Оценка «2 балла» выставляется, если обучающийся плохо понимает суть оформления медицинского документа, допускает более 3 ошибок или не способен логично его заполнить. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся не явился на итоговое занятие. |

1. **Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося;
* дисциплинарного рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) представляет собой среднюю арифметическую баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине;

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Количество баллов складывается из:

*1. За аудиторную работу расчет баллов базируется на следующих видах контроля, каждый из которых оценивается в баллах - 5 (отлично), 4 (хорошо), 3 (удовлетворительно), 2 (неудовлетворительно), 0 – не явился:*

1) устный опрос;

2) решение студентом ситуационной задачи (case-заданий).

На основании указанных видов контроля рассчитывается средний балл за практическое занятие в баллах.

По окончании дисциплины проводится рубежный контроль в форме итогового занятия, включающего собеседование, и определяется количество баллов рубежного контроля как средняя арифметическая оценок за заполнение медицинской документации и 2 оценок за каждое case-задание (максимально 5 баллов).

*2. За внеаудиторную работу расчет баллов базируется на создании:*

1) реферат по темам дисциплины (оценивается 0 или 2-5 баллов).

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов за аудиторную и внеаудиторную работу.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

***Бонусные баллы*** обучающегося выражается в баллах от 0 до 5 и формируется следующим образом:

посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

* 1. **Правила формирования дисциплинарного рейтинга обучающегося**

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

Дисциплинарный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации по дисциплине и является основой для определения итоговой оценки по дисциплине.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося формируется при успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и зачетного рейтинга (Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рз,**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 105 баллов) по таблице перевода:

|  |  |
| --- | --- |
| **Дисциплинарный****рейтинг**  |  **оценка по дисциплине**  |
|  зачет |
| 86 – 105 баллов | зачтено |
| 70 – 85 баллов | зачтено |
| 50–69 баллов | зачтено |
| 49 и менее баллов | не зачтено |

Дисциплинарный рейтинг при проведении повторной промежуточной аттестации рассчитывается на основании зачетного рейтинга без учета текущего стандартизированного рейтинга в соответствии с таблицей:

***Таблица перевода зачетного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рз | Рд | Оценка | Рз | Рд | Оценка | Рз | Рд | Оценка |
| 15 | 50 | зачтено | 20 | 70 | зачтено | 25 | 86 | зачтено |
| 16 | 54 | зачтено | 21 | 74 | зачтено | 26 | 89 | зачтено |
| 17 | 59 | зачтено | 22 | 78 | зачтено | 27 | 92 | зачтено |
| 18 | 64 | зачтено | 23 | 82 | зачтено | 28 | 95 | зачтено |
| 19 | 69 | зачтено | 24 | 85 | зачтено | 29 | 98 | зачтено |
|  |  |  |  |  |  | 30 | 100 | зачтено |

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине признаются не зачтенными, и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.