**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ**

**Промежуточной аттестации**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ»**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело­*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Методические рекомендации  разработаны  *доцентом кафедры*  *поликлинической терапии*  *Кравцовой О.Н.* |

**Дисциплина по выбору: «Частные вопросы общей врачебной практики»**

\**1. Формируемые компетенции**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шифр  компе-тенции | №  компе-тенции | Элементы компетенции |
| ПК | 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 |

**2.** **Тема 10**: **Зачёт: решение case – заданий, оформление медицинской документации.**

**3. Вид учебного занятия: промежуточная аттестация.**.

**4.** **Цель** - проверить знания студентов, полученные при обучении дисциплине, и оценитьсформированность у них умений применять приобретенные знания при решении конкретных практических ситуаций.

**5. План практического занятия.**

**5.1. Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.

**5.2. Основная часть учебного занятия.**

Отработка практических умений и навыков (решение case-заданий, оформление медицинской документации).

Обучающимся раздаются билеты, содержащие case-задания и задание по оформлению медицинского документа.

Собеседование с целью проверки правильности решения case-заданий и оформления медицинских документов.

**5.3. Заключительная часть занятия:** подведение итогов занятия;выставление текущих оценок в учебный журнал.

**6. Оценивание обучающегося.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **решение ситуационных**  **задач (case-заданий)** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающийся дал правильные ответы на поставленные в case-заданиях вопросы, представил аргументацию. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется, если форма ответа обучающегося на case-задания имела отдельные неточности или содержание ответа было дано не в полном объеме. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающийся допускает несколько ошибок или неточностей в решении case-заданий, не умеет доказательно обосновать свои суждения. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть case-заданий, не способен логично и аргументировано решать их, дает неверные ответы. |
| **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. |

Оценка за итоговое занятие выставляется как средняя арифметическая оценки за каждое case-задание и за оформление медицинского документа.

**7. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

|  |
| --- |
| 1. Давыдкин И.Л., Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-3821-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438213.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Давыдов М.И., Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-2719-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427194.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Ивашкин В.Т., Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-1962-5 - Режим доступа: [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419625.html](https://checklink.mail.ru/proxy?es=DYRlsNnxIMORGHHy4eeXVEQlOMjFMN7FqZiCcgjJqk4%3D&egid=QtB%2BsOisaMFsQm7jShO03TsEvMllodvmWb%2BDxrmOUDk%3D&url=https%3A%2F%2Fclick.mail.ru%2Fredir%3Fu%3Dhttp%253A%252F%252Fwww.studmedlib.ru%252Fbook%252FISBN9785970419625.html%26c%3Dswm%26r%3Dhttp%26o%3Dmail%26v%3D2%26s%3D189e9624dad26161&uidl=15686973450809020018&from=biblioteka.orgmu%40yandex.ru&to=sagel.8181%40mail.ru) ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Кулаков В.И., Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве [Электронный ресурс] / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-1446-0 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414460.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс]/ под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Окороков, А. Н. Неотложная эндокринология [Электронный ресурс] / А. Н. Окороков. – 2-е изд. – Электрон. текстовые данные. – М.: Медицинская литература, 2018. – 188 c. – Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/75514.html ЭБС «IPRbooks», по паролю (для студентов медицинских учреждений высшего образования). |
| **Дополнительная литература** |
| 1. Абрамова Н.А., БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ [Электронный ресурс] / Н.А. Абрамова, П.О. Румянцев, Д.В. Липатов, Н.Ю. Свириденко, Н.А. Петунина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/970406779V0011.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Абузарова Г.Р., Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных [Электронный ресурс] / Г. Р. Абузарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3346-1 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433461.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Архангельская Г. С. Избранные лекции по геронтологии и гериатрии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г. С. Архангельская, Р. Ф. Бакчеева, П. В. Борискин; под ред. Ю. С. Пименов. - Электрон. текстовые данные. - Самара: РЕАВИЗ, 2013. - 412 c. - 2227-8397. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/18403.html> ЭБС «IPRbooks», по паролю (для студентов медицинских учреждений высшего образования). |
| 1. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Гринштейн Ю.И., Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.И. Гринштейна - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-1162-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411629.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Зильбер З.К., Неотложная пульмонология [Электронный ресурс] / Зильбер З.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 264 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1228-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412282.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Зюзенков М.В. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Зюзенков М.В., Месникова И.Л., Хурса Р.В. - Электрон. текстовые данные. - Минск: Вышэйшая школа, 2012. - 608 c. - Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/20256.html.— ЭБС «IPRbooks» ЭБС «IPRbooks», по паролю (для студентов медицинских учреждений высшего образования). |
| 1. Казанцев В.А., Внебольничная пневмония [Электронный ресурс] / В.А. Казанцев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3817-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438176.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев; под. ред. В. С. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Медуницына Е.Н., БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА [Электронный ресурс] / Е.Н. Медуницына - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/970409039V0016.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Мухин Н.А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Мухин Н.А., Моисеев В.С. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 848 с. – ISBN 978-5-9704-3470-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434703.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс] / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-1895-6 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418956.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |
| 1. Фишкин, А. В. Справочник. Неотложная помощь [Электронный ресурс] / А. В. Фишкин. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Научная книга, 2019. - 351 c. - 978-5-9758-1874-4. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/80173.html> ЭБС «IPRbooks» ЭБС «IPRbooks», по паролю (для студентов медицинских учреждений высшего образования). |
| 1. Ярыгин В.Н., Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-1687-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416877.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов). |

1. **Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время  (мин) |
| 1  1.1  1.2  1.3 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Оценка готовности аудитории.  Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии. | Вступительное слово преподавателя. | 2  1  2 |
| 2    2.1    2.2 | **Основная часть учебного занятия.**  Отработка практических умений и навыков (решение case-заданий).  Оформление медицинской документации | Подготовка обучающимися письменного ответа с решением case-заданий.  Заполнение медицинского документа | 30    20 |
| 3 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций*.* | Собеседование с целью проверки правильности решения case- заданий и заполнения медицинского документа. | 30 |
| 4 | **Заключительная часть занятия.**  Обобщение, выводы по теме. | Подведение итогов занятия; выставление текущих оценок в учебный журнал. | 5 |
| ИТОГО: | | | 90 |

**Средства обучения**:

- дидактические (билеты с набором case-заданий и оформлением медицинского документа (учетной формы)).

**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: лист 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.

**Сase-задание № 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: лист 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: лист 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.