Кафедра Поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины

**Экзаменационные задачи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 001 |
| У | - | Пациентка Ш. 39 лет, с 01.02.2017 находится на листке нетрудоспособности по уходу за ребенком 6 лет, находящегося на лечении у педиатра по поводу ОРВИ. Пациентка Ш. 06.02.2017г обратилась к врачу общей практики с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры до 38,60С, слабость.  Заболела остро, 2 нед назад после переохлаждения; появился сухой кашель, озноб, повысилась температура до 39оС. На 5-й день появилась слизисто-гнойная мокрота, температура тела повысилась до 39,2оС. За медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно аспирин. Обратилась в поликлинику.  Объективно: t 38,50С. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими притупление легочного звука в нижних отделах справа, слева – легочный звук. Аускультативно справа в нижних отделах: дыхание везикулярное, ослабленное, влажные хрипы; слева – дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,1 х 1012/л, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 6,4 х 10 9/л, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, моноциты – 6%, лимфоциты – 29%. СОЭ - 15 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, АЛТ – 20 МЕ/л, АСТ – 12 МЕ/л, общий белок – 61 г/л, альбумин – 38,3 г/л, мочевина – 3,2 ммоль/л, креатинин – 67 мкмоль/л  Диаскинтест – отрицательный.  Рентгенография органов грудной клетки: Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений и объемных образований. В S9 и S10 нижней доли правого легкого имеется воспалительная инфильтрация. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Жидкости в правой плевральной полости нет. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС.  SaO2 92%.  Анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо 20-25 в поле зрения; эритроциты отсутствуют, атипичные клетки отсутствуют, микобактерии туберкулеза не обнаружены |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Оцените риск неблагоприятного прогноза заболевания и выберите место лечения пациентки |
| В | 3 | Назначьте лечение |
| В | 4 | Каковы критерии эффективности антибактериальной терапии |
| В | 5 | Выдайте листок нетрудоспособности пациентке Ш. на 13 дней с указанием причины нетрудоспособности и даты следующего осмотра пациентки врачом общей практики. Укажите дату, когда пациентка должна приступить к работе, после признания ее трудоспособной. Так как ребенок продолжает болеть, кому педиатр может выдать выдается листок нетрудоспособности; укажите причину нетрудоспособности? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 002 |
| У | - | Пациентка К., 24 лет обратилась с жалобами на кожные высыпания на лице, груди, слабость, боли в коленных суставах, боли в проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставах, головные боли  Больной себя считает в течении в течении 18 лет, когда стала отмечать высыпания на лице, боли в коленных суставах и в мелких суставах кистей и стоп. В иммунологическом анализе крови определялись антинуклеарный фактор на НЕр-2 клетках с титром 1:320 (норма <1:160), LE-клетки. Дважды (14 лет и 10 лет назад) определялась персистирующая протеинурия 500,0 мг/сут. Получала лечение, которое отменила самостоятельно 6 мес назад. Ухудшение самочувствия – после длительной прогулки на улице.  Объективно: t 36,60С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Эритема на переносице с распространением на скуловые дуги. Капиллярит кистей. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 ударов в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Опорно-двигательная система: Передвижение самостоятельное, не затруднено. Самообслуживание не затруднено. Видимой деформации суставов нет. Движения в суставах не ограничены. Симптом баллотирования надколенника отрицательный с обеих сторон. Кисти собирает в кулак на 100%. Боль при пальпации коленных суставов, проксимальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов.  Общий анализ крови: эритроциты 4,5х1012/л, гемоглобин 123 г/л, лейкоциты 4,72х10 9/л, эозинофилы – 3%, сегментоядерные – 38%, лимфоциты – 54%, моноциты – 5%, тромбоциты – 214х10 9/л, СОЭ - 24 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1014, белок – отриц, лейкоциты – 0 –1 - 2 в п/зр, эритроциты – 0 в п/зр, зернистые цилиндры – отриц, гиалиновые цилиндры - отриц  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 23 МЕ/л, АСТ – 17 МЕ/л, мочевина – 3,5 ммоль/л, креатинин – 55 мкмоль/л, общий билирубин – 11,8 мкмоль/л  Рентгенография органов грудной клетки: в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Жидкости в правой плевральной полости нет. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС.  Моча на суточный белок: белок 0, 14 г/л/сут.  Скорость клубочковой фильтрации 110 мл/мин (норма 52 – 134 мл/мин)  Иммунологический анализ крови: антитела к двуспиральной ДНК (a-dsDNA – 10,85 Ед/мл (норма 0 – 100). Антинуклеарный фактор на НЕр-2 клетках <1:160 титр (норма <1:160). LE-клетки не обнаружены. IgG – 9,0 мг/мл (норма 9,5 ± 2,55). IgА – 1,44 мг/мл (норма 3,43±1,22). IgM >2 г/л (норма 1,55 ± 0,67). Антитела к кардиолипину IgM - 9,6 (норма до 26). Антитела к кардиолипину IgG - 9,4 (норма до 23).  Рентгенография коленных суставов: Мягкие ткани слегка уплотнены. Околосуставное увеличение рентгенопрозрачности костей. Щели суставов сужены. Эрозии суставных поверхностей не определяются.  Рентгенография кистей и стоп: суставные щели не изменены. Костной деструкции не выявлено.  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Сократительная способность миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Назначьте лечение |
| В | 3 | Проведите экспертизу стойкой утраты трудоспособности |
| В | 4 | Дайте рекомендации по профилактике заболевания |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 100 таблеток преднизолона. Назначьте по 1 таб в день утром |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Н | - | 003 | |
| У | - | Пациентка Б., 60 лет обратилась с жалобами на боли за грудиной, длительные с иррадиацией под левую лопатку вне четкой связи с физической нагрузкой, одышку при быстрой ходьбе, уменьшающуюся в покое, подъемы АД до 150 мм рт.ст., периодически отмечает слабость и дискомфорт в мышцах верхних конечностей при движении  Больной себя считает с 28 лет, когда стала отмечать боли в мышцах плечевого пояса при движении, снижение массы тела. Была обследована. Лечение не принимала. Беременность и роды в 30 лет – без патологии. Через 3 года после родов стала отмечать подъемы АД. 1,5 года назад перенесла инфаркт миокарда. В течении последнего года после перенесенного инфаркта миокарда появились боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку вне четкой связи с физической нагрузкой, одышку при быстрой ходьбе.  Объективно: t 36,60С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в мин. Пульсация на правой плечевой артерии снижена, на левой плечевой артерии не определяется. Систолический шум над подключичными артериями. АДd 150/90 мм рт.ст. АДs не определяется. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Опорно-двигательная система: Передвижение самостоятельное, не затруднено. Самообслуживание не затруднено. Видимой деформации суставов нет. Движения в суставах не ограничены.  Общий анализ крови: эритроциты 4,98х1012/л, гемоглобин 145 г/л, лейкоциты 10,7х10 9/л, эозинофилы – 2, сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 32%, моноциты – 8%, тромбоциты – 237х10 9/л, СОЭ - 25 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1015, белок – отриц, лейкоциты – 0 –1 - 2 в п/зр, эритроциты – 0 в п/зр.  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л, мочевина – 3,5 ммоль/л, креатинин – 70,9 мкмоль/л, общий билирубин – 19,5 мкмоль/л  ЭКГ: Синусовый ритм. Рубцовые изменения передне-перегородочной области  Рентгенография органов грудной клетки: в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость: гипокинез базального переднеперегородочного, среднего переднеперегородочного, верхушечного перегородочного сегментов. Клапаны сердца не изменены.  Ангиография артерий верхних конечностей: Справа брафиоцефальный ствол проходим. Правая подключичная артерия: окклюзия за устьем. Левая подключичная артерия: окклюзия за устьем. Правая и левая позвоночные артерии проходимы. Общие сонные артерии справа и слева проходимы. Наружные и внутренние сонные артерии справа и слева проходимы.  Триплексное сканирование артерий нижних конечностей: Кровоток в артериях аорто-подвздошного сегмента магистральный. Бедренно-подколенный сегмент, артерии голени, артерии тыла стопы – без стенозов и окклюзий.  КТ почечных артерий: Почечные артерии - без стенозов и дефектов наполнения  Коронарография: Тип кровоснабжения правый. Ствол левой коронарной артерии: проходим. Передняя нисходящая артерия: окклюзия в проксимальной трети. Огибающая артерия: проходима. Правая коронарная артерия: проходима.  Пациентке Б. проведена реканализация, стентирование передней нисходящей артерии. | |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз | |
| В | 2 | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на кардиомагнил | |
| В | 3 | Проведите экспертизу стойкой утраты трудоспособности | |
| В | 4 | Целесообразно ли назначение глюкокортикостероидов? | |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 30 таблеток плавикса (клопидогрела). Назначьте по 1 таб в день вечером | |
| Н | - | | 004 |
| У | - | | Пациентка Е., 23 лет обратилась с жалобами на периодически возникающий сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, уменьшающийся в положении сидя, боли в прекардиальной области и одышку вне связи с физической нагрузкой, подъемы АД до 200/100 мм рт.ст., снижение диуреза, слабость  Больной себя считает в течении 2 лет, когда после перенесенной ангины отметила признаки задержки жидкости (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, отечность конечностей и одутловатость лица), изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), головные боли, ощущение тяжести в поясничной области. Была обследована в стационаре: моча на суточный белок составляла 3,8 г/сут. В биохимических анализах крови уровень креатинина составлял 197 мкмоль/л – 257 мкмоль/л. Последний курс стационарного лечения получила 2 нед назад.  Объективно: t 36,70С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное в н/отделах, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 ударов в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез снижен. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон. Пастозность н/конечностей. Диурез контролирует: 1,1 л/сут  Общий анализ крови: эритроциты 4,18х1012/л, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты 6,3х10 9/л, тромбоциты – 244х10 9/л, СОЭ - 19 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,33 г/л, лейкоциты – 5 - 6 в п/зр, эритроциты – 5 - 8 в п/зр, гиалиновые цилиндры – 5 в п/зр, зернистые цилиндры – 2 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин – 250 мкмоль/л, общий белок – 40,5 г/л, скорость клубочковой фильтрации - 26 мл/мин, калий – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 5,7 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 2,8 ммоль/л, мочевая кислота 288 мкмоль/л (норма 149 – 405 мкмоль/л)  Моча на суточный белок: белок 2,7 г/сут.  ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЧСС 92 в мин. Признаки нагрузки на левый желудочек.  Рентгенография органов грудной клетки: в легких – застойные явления в малом круге кровообращения, без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Клапаны сердца не изменены.  УЗИ почек: Почки уменьшены в размерах незначительно. Чашечно-лоханочная система не изменена. Конкременты не выявлены |
| В | 1 | | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на фуросемид |
| В | 3 | | Перечислите показания к госпитализации в нефрологический стационар |
| В | 4 | | Назовите целевые уровни артериального давления |
| В | 5 | | Проведите экспертизу стойкой утраты трудоспособности |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 005 |
| У | - | Пациент 39 лет был направлен к гастроэнтерологу по поводу повышения активности аминотрансфераз. За 3 года до обращения перенес острый вирусный гепатит, выписан с нормальными биохимическими показателями. Алкоголем не злоупотребляет, лекарственные препараты не принимает.  Объективно: t 36,80С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Иктеричность склер. Пальмарная эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из под края реберной дуги на 4,0 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 3,9х1012/л, гемоглобин 117 г/л, лейкоциты 5,4х10 9/л, тромбоциты – 162х10 9/л, СОЭ - 19 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок – отриц, лейкоциты – 0 – 1 - 2 в п/зр, эритроциты – 0 – 1 - 0 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,8 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, общий белок – 64 г/л, АЛТ – 210 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АСТ – 192 Ед/л (норма до 40 Ед/л), общий билирубин 36,6 мкмоль/л, прямой билирубин – 15,8 мкмоль/л,  Серологическое исследование крови: наличие HBeAg, отсутствие анти-HBe, наличие НBsAg  Вирусологическое исследование крови: уровень ДНК вируса гепатита В более 2000 ME/мл (106 МЕ/мл).  Антитела к ВИЧ не обнаружены  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 88 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  УЗИ брюшной полости: печень незначительно увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 10 мм (норма до 10 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка не увеличена, селезеночная вена 9 мм (до 10 мм). Свободной жидкости в брюшной полости нет.  При пункционной биопсии печени выявлен гепатит высокой гистологической активности с умеренным фиброзом (индекс гистологической активности – А3, индекс фиброза – F1 по шкале METAVIR). |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Назначьте лечение |
| В | 3 | Критерии эффективности противовирусного лечения больных хроническим гепатитом В |
| В | 4 | Проведите экспертизу стойкой утраты трудоспособности |
| В | 5 | Перечислите группы лиц по профилактике и эпидемиологическому надзору за гепатитом В |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 006 |
| У | - | Пациент Ч., 50 лет предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, сердцебиение, отеки голеней и стоп, боли в правом подреберье. Стаж курильщика 21 год. Выкуривает по 1,5 пачки в день. Длительность заболевания 11 год. Обострения заболевания – до 2 раз в год  Объективно: t 36,80С. Рост 164 см. Вес 93 кг. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Диффузный, теплый цианоз. Видимые слизистые цианотичны. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». Пульсация шейных вен. ЧДД 25 в мин. Грудная клетка эмфизематозная. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах, по всем легочным полям рассеянные свистящие хрипы. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 102 в мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Размеры печени по Курлову 13х11х9 см. Печень выступает на 4,0 см из под края реберной дуги. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Отеки голеней и стоп.  Общий анализ крови: эритроциты 4,6х10х1012/л, гемоглобин 138, г/л, ЦП 0,85, лейкоциты 6,8х109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, cмегментоядерные – 61%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%. СОЭ 8 мм/час.  Спирография с исследованием обратимости обструкции: ОФВ1 39%, ЖЕЛ 39%, ФЖЕЛ 47%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 46%. Постбронходилатационный ОФВ1 < 50% от должной. Величина прироста ОФВ1 – 10%.  ЭКГ: ритм синусовый. Перегрузка правых отделов сердца.  Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля эмфизематозны. Легочный рисунок усилен за счет перибронхиального пневмосклероза, деформирован в нижних отделах по крупноячеистому типу. Корни уплотнены. Утолщена междолевая плевра. Плевро-диафрагмальные спайки. На фоне диффузного пневмосклероза видны признаки лёгочной гипертензии. Сердечная тень в поперечнике расширена за счет увеличения правых камер сердца. Выбухает по левому контуру сердца II дуга.  Газовый состав: рН – 7,35 мм рт.ст. PCO2 – 55,5 mm.Hg (норма 36 - 45 мм рт.ст.), Р02 – 50,9 mm/Hg (норма выше 80 мм рт.ст.), StO2 - 52,5% (норма выше 92%)  Общий анализ мокроты: цвет - серый, консистенция - вязкая, лейкоциты 4 - 6 в п/зр, эритроциты 1-0-1 в п/зр, эпителиальные клетки З-4 в п/зр. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Атипичные клетки – не обнаружены.  Тест с 6-минутной ходьбой – 150,0 м  Эхокардиоскопия. Фракция выброса левого желудочка - 61,2%. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Клапаны сердца не изменены. Конечный диастолический размер правого желудочка 32 мм (норма до 25 мм), толщина передней стенки правого желудочка 76 мм (норма до 50 мм). Среднее давление в легочной артерии - 49 мм.рт.ст (норма до 25 мм рт.ст.). |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на спириву (тиотропия бромид) |
| В | 3 | Составьте алгоритм диспансерного наблюдения пациента Ч. |
| В | 4 | Составьте план реабилитационных мероприятий пациента Ч. |
| В | 5 | Перечислите критерии эффективности реабилитационных мероприятий |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 007 |
| У | - | Пациент Г. 39 лет, предъявляет жалобы на боли коленных, голеностопных суставах, ограничение движения в них. Болен с раннего детства, когда стал отмечать межмышечные гематомы, спонтанные кровоизлияния в суставы: коленные, локтевые, голеностопные с последующей их деформацией, кровотечения после экстракции зубов. Отмечает рецидивы кровотечений после их остановки. Обследован: выявлен дефицит VIII фактора свертывания крови.  Объективно: t 36,70С. Рост 174 см. Вес 64 кг. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 88 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. печени не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.  Коленные и голеностопные суставы деформированы, движения в них резко ограничены, болезненны, мышечные атрофии, контрактуры. Локтевые суставы деформированы, мышечная атрофия.  Общий анализ крови: эритроциты 4,1х10х1012/л, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты 6,8х109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, cегментоядерные – 61%, лимфлциты - 25%, моноциты – 5%. СОЭ 8 мм/час.  Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 1-0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1-0 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л  ЭКГ: ритм синусовый.  Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений.  Рентгенография коленных суставов: остеопороз суставных поверхностей малоберцовой и большеберцовой костей, истончение и потеря суставного хряща, деформация сустава.  Рентгенография локтевых суставов: остеопороз суставных поверхностей плечевой, локтевой и лучевой костей, истончение суставного хряща, деформация сустава.  Рентгенография голеностопных суставов: остеопороз суставных поверхностей костей, истончение и потеря суставного хряща, деформация сустава. |
| В | 1 | 1. Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Сформулируйте основной принцип терапии заболевания |
| В | 3 | Составьте план индивидуальной реабилитационной программы |
| В | 4 | 1. Перечислите клинические критерии эффективности постоянной профилактической заместительной терапии |
| В | 5 | 1. Назовите препараты, которые нельзя использовать при данном заболевании |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 008 |
| У | - | 1. Пациентка О., 48 лет предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, слабость 2. Больной себя считает в течении 8 мес, когда стал отмечать появление одышки при тяжелой физической нагрузке, слабость. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение самочувствия – в течение последнего месяца, когда появился сухой кашель, усилилась одышка при небольшой физической нагрузке, стала нарастать слабость   Объективно: t 36,80С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контакта. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук ,укрорчение легочного звука от угла лопатки с обеих сторон. Аускультативно: дыхание везикулярное, от угла лопатки с обеих сторон крепитация. ЧДД 22 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 ударов в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,2х1012/л, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 5,6х10 9/л, тромбоциты – 280х10 9/л, СОЭ - 19 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок – отриц, лейкоциты – 0 – 1 - 2 в п/зр, эритроциты – 0 – 1 - 0 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,7 ммоль/л, креатинин – 90 мкмоль/л, общий белок – 76 г/л, АЛТ – 20 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АСТ – 19 Ед/л (норма до 40 Ед/л), общий билирубин 18,46 мкмоль/л  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 92 в мин.  Компьютерная томография органов грудной клетки: снижение прозрачности обоих легочных полей за счет мелких очаговых теней, по типу картины «матового стекла». Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  Консультация фтизиатра: данные за туберкулезный процесс не выявлены  Консультация онколога: данные за онкопатологию не выявлены  Спирография: ОФВ1 - 68%, ЖЕЛ - 39%, ФЖЕЛ - 40%. МОС50 – 56%, МОС75 – 53%; индекс Тиффно 70%; (норма выше 80%)  Газовый состав: р02 – 69 mm.Hg (норма выше 80 мм рт.ст.), рС02 –40 mm.Hg (норма 36 - 45 мм рт.ст.),StO2 - 78% (норма выше 92%)  Эхокардиоскопия. Фракция выброса левого желудочка - 64%. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Клапаны сердца не изменены. Конечный диастолический размер правого желудочка 20 мм (норма до 25 мм), толщина передней стенки правого желудочка 36 мм (норма до 50 мм). Среднее давление в легочной артерии - 42 мм.рт.ст (норма до 25 мм рт.ст.). |
| В | 1 | 1. Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Сформулируйте основной принцип терапии заболевания |
| В | 3 | 1. Перечислите показания к госпитализации |
| В | 4 | Составьте алгоритм диспансерного наблюдения пациентки О. |
| В | 5 | Составьте план реабилитационных мероприятий пациентки О. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 009 |
| У | - | Пациентка Ш. 39 лет, обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, слабость, периодически возникающее чувство нехватки воздуха, низкие цифры АД (90/60 мм рт.ст.).  Из анамнеза: 3 месяца назад перенесла ОРВИ. На фоне сохраняющегося подъема температуры до 380 – 390 С при обследовании был выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя пневмония в нижней доле, тяжелое, затяжное течение, по поводу которого получила стац лечение в пульмонологическом отделении. Выписана была с полным разрешением пневмонии по данным КТ грудной клетки. В течении последних 1,5 мес отмечает приступы перебоев в работе сердца, чувство нехватки воздуха, низкие цифры АД. Обратилась за медицинской помощью в поликлинику.  Объективно: t 36,70С. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,2х1012/л, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 5,64х10 9/л, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, моноциты – 6%, лимфоциты – 29%. СОЭ - 15 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, АЛТ – 20 МЕ/л, АСТ – 12 МЕ/л, общий белок – 71 г/л, мочевина – 2,9 ммоль/л, креатинин – 77 мкмоль/л  Компьютерная томография органов грудной клетки: Грудная клетка обычной формы. Центральное трахеобронхиальное дерево развито типично. Просвет трахеи и главных бронхов прослеживается, свободен. Оба легких прилежат к грудной стенке, обычной пневмотизации. Правое и левое легкие – без очаговых и инфильтративных уплотнений и объемных образований. Корни не расширены, лимфоузлы не увеличены. Средостение не смещено.  ЭКГ: Синусовый ритм. Единичная желудочковая экстрасистолия. Горизонтальное положение ЭОС.  Суточное ЭКГ по Холтеру: Основной ритм синусовый. ЧСС днем 53 – 110/мин. ЧСС ночью 54 – 97/мин. Зарегистрировано 13 пароксизмов тахикардии с ЧСС 187/мин, длительностью до 9 мин, и продолжительность комплекса QRS 0,15 сек. Диагностически значимые паузы ритма не выявлены. Смещение сегмента ST не выявлено.  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена.  Пациентке Ш. предложена госпитализация в стационар, от которой пациентка отказалась |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Назначьте лечение |
| В | 3 | 1. Составьте план диспансерного наблюдения пациентки Ш. после излечения |
| В | 4 | Разработайте индивидуальную программу реабилитации |
| В | 5 | Критерии эффективности реабилитационных мероприятий (диспансерного наблюдения) больных с перенесенным миокардитом и нарушениями ритма сердца |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 010 |
| У | - | Пациент С. 61 лет, предъявляет жалобы на боли за грудиной при ходьбе на 500-550,0 м, подъеме на 3,5 этаж, купируемые отдыхом через 2 мин или ингаляцией нитроминта через 2 мин, одышку при тяжелой физической нагрузке, подъемы АД до 180 мм рт.ст.  Подъемы АД – в течении 5 лет. Принимал лозап, статины, индапамид. В течении последних 6 мес стал отмечать снижение толерантности к физической нагрузке.  Объективно: t 38,50С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 ударов в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,4х1012/л, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 6,6х10 9/л, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, моноциты – 6%, лимфоциты – 29%. СОЭ - 5 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, АЛТ – 24 ЕД/л, АСТ – 18 ЕД/л, креатинин – 67 мкмоль/л, общий холестерин – 4,2 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 1,7 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,8 ммоль/л, триглицериды – 1,4 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации – 88 мл/мин  Флюорография органов грудной клетки: Легкие и сердце – без патологии  ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС.  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Клапаны сердца не изменены  ВЭМ: Продолжительность нагрузки 6 мин. Восстановительный период 6 мин. Максимальная нагрузка 75 Вт. Двойное произведение - Причина остановки – горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,0 мм. Проба положительная. Тип реакции на нагрузку – нормотонический. Нарушения ритма и проводимости не индуцированы.  Коронароангиография: Ствол левой коронарной проходим. Передняя нисходящая артерия проходима. Интермедиальная артерия проходима. Огибающая артерия – в среднем отделе стеноз до 50%. Правая коронарная артерия - короткий стеноз до 90%. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Назначьте лечение |
| В | 3 | 1. Составьте план индивидуальной реабилитации пациента |
| В | 4 | Составьте план диспансерного наблюдения пациента С. |
| В | 5 | Критерии эффективности реабилитационных мероприятий (диспансерного наблюдения) больных с перенесенным миокардитом и нарушениями ритма сердца |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 011 |
| У | - | Пациентка Ч., 59 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной давящего характера с иррадиацией в левую руку, не купируемые ингаляциями нитроминта.  В течении многих лет – подъемы АД. ЭКГ в динамике: Синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС сердца. В течении последних 30 мин – интенсивные загрудинные боли, не купируемые нитроглицерином сублингвально. Вызвана СМП.  Объективно: t 36,80С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 72 удара в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца смещена влево. ЧСС 88 в мин. Комплекс QRS деформирован, уширен до 014 сек. Комплекс QRS в I, AVL, V5-V6 имеет форму зубца R; в III, AVF, V1-V2 – форму rQS. Депрессия сегмента ST в V5-V6 с отрицательным и равносторонним зубцом Т. Элевация сегмента ST в III, AVF, V1-V2 с положительным зубцом Т.  Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 396 ед/л (норма до 25 ед/л), тропонин I - положительный, тропонин T – положительный, ЛДГ – 462 ед/л (норма 240 – 480 ед/л). |
| В | 1 | 1. Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | 1. Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | 1. Назначьте лечение на догоспитальном этапе |
| В | 4 | Приведите схему тромболизиса. Диагностика и оценка восстановления перфузии миокарда |
| В | 5 | Перечислите показания и противопоказания к тромболитической терапии (ТЛТ). Осложнения ТЛТ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 012 |
| У | - | Пациентка В.,52 лет, работающая бухгалтером, предъявляет жалобы на боли в прекардиальной области вне связи с физической нагрузкой, подъемы АД до 150 мм рт.ст., одышку при быстрой ходьбе, уменьшающуюся в покое.  В течении многих лет – подъемы АД. 14 дней назад внезапно отметила появление жжение за грудиной с иррадиацией в левую лопатку. Принимала нитроглицерин – без эффекта. Была госпитализирована в кардиологическое отделение. Тропониновый тест – положительный. Коронарография: Ствол левой коронарной артерии: проходим. Передняя нисходящая артерия: устевая субокклюзия, окклюзия в средней/3. Огибающая артерия: проходима. Правая коронарная артерия: проходима. Проведено оперативное вмешательство: Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика передней нисходящей артерии с имплантацией 2 стентов. Выписана на амбулаторное лечение.  Объективно: t 36,20С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 60 удара в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  Обследование:  ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца горизонтальная. QS V1-V6, I, AVL. Сегмент STV1-V6 расположен на изолинии. Зубец ТV1–V6, I, AVL отрицательный, уширенный, симметричный  Общий анализ крови: эритроциты 4,6х1012/л, гемоглобин 12 г/л, лейкоциты 7,3х10 9/л, СОЭ - 5 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,9 ммоль/л, АЛТ –26 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 31 ЕД/л, креатинин – 67 мкмоль/л, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 3,1 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 0,84 ммоль/л, триглицериды – 1,4 ммоль/л  Флюорография органов грудной клетки: Легкие и сердце – без патологии  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Клапаны сердца не изменены |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Укажите сроки временной нетрудоспособности |
| В | 4 | Составьте план кардиореабилитации на поликлиническом этапе оказания медицинской помощи |
| В | 5 | Составьте план вторичной профилактики пациентов после перенесенного инфаркта миокарда |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 013 |
| У | - | Пациент В., 42 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной давящего характера с иррадиацией в левую руку, не купируемые ингаляциями нитроминта.  В течении многих лет – подъемы Д. Загрудинные боли беспояоят в течении 12 часов. Обратился в поликлинику за медицинской помощью  Объективно: t 36,20С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 удара в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца смещена влево. ЧСС 88 в мин. Депрессия сегмента STII, III, АVF на 3 мм ниже изолинии с дугой, обращенной выпуклостью книзу, отрицательным и симметричный зубец Т II, III, АVF.  Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 266 ед/л (норма до 25 ед/л), тропонин I - положительный, тропонин T – положительный. |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Назначьте лечение на догоспитальном этапе |
| В | 4 | Перечислите противопоказания к препаратам (обезболивающим и препаратам антиишемической терапии) |
| В | 5 | Перечислите противопоказания к антитромбоцитарным препаратам |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 014 |
| У | - | Пациент Т., 43 лет, предъявляет жалобы загрудинную боль при ходьбе на 200,0 метров, купируемую 2 вдохами нитроминта через 1 минуту, одышку при тех же нагрузках, отеки н/конечностей, подъемы АД до 160 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, отеки н/конечностей  Anamnesis morbi: В течение многих лет – подъемы АД. 1,5 мес назад был госпитализирован с диагнозом ИБС: Инфаркт миокарда. С этого же момента находится на листке нетрудоспособности.  Status Presens t 36,3С. Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=60 уд/мин. АДd,s 140/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пастозность н/конечностей.  ОАК: Эр. – 5,05х1012/л, Hb – 156г/л, лейкоц. – 6,23х109/л, тромбоц - 186х109/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 49 %, лимфлциты - 41%, моноциты – 7 %, СОЭ - 10 мм/час.  ОАМ: 1024, реак.- кисл, белок,сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, общий билирубин - 10,6 мкмоль/л, креатинин – 93 мкмоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л., общий холестерин - 5,3 ммоль/л, АЛТ - 16 ммоль/л., АСТ – 30 ммоль/л.  Флюорография: Легкие и сердце – без патологии  ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца горизонтальная. QR V1-V6, I, AVL. Сегмент STV1-V6 расположен на изолинии. Зубец ТV1–V6, I, AVL положительный.  Коронарография: Ствол левой коронарной артерии: стеноз 30%. Передняя нисходящая артерия: бифуркационный стеноз 75%. Правая коронарная артерия: стеноз 65%.  ЭхоКС: Дилатация левого предсердия, левого желудочка. ФВ 43%. Глобальная сократительная способность миокарда снижена. Гипокинез базального переднеперегородочного, среднего переднебокового, верхушечного бокового сегментов левого желудочка.  Суточное мониторирование ЭКГ: ЧСС днём от 68 до 98 уд/мин. ЧСС ночью 67-86 уд/мин. Синусовый ритм. Депрессия сегмента ST на 2,0 мм ниже изолинии продолжительностью до 5 мин, при физической нагрузке, сопровождающаяся загрудинной болью. |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Укажите сроки временной нетрудоспособности |
| В | 4 | Показания для направления на медико-социальную экспертизу |
| В | 5 | Составьте план вторичной профилактики пациентов после перенесенного инфаркта миокарда. Выпишите рецепт на статины (торвакард, аторвастатин) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 015 |
| У | - | Пациент А., 65 лет, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, дрожь в теле, потерю массы тела (6 кг за последние 8 мес), беспокойство, нарушение сна, нарушение, слабость, потливость, дрожь в теле, потерю веса, подъемы АД до 150 мм рт.ст., сопровождающиеся головокружением.  Anamnesis morbi: Больным себя считает в течении последнего года, когда стал отмечать снижение массы тела, беспокойство, нарушение сна, потливость, дрожь в теле. Перебои в работе сердца ,подъемы АД отмечает в течение последних 6 мес.  Status Presens t 36,6С: Рост 180 см, вес 103 кг. ИМТ 28 кг/м2. Состояние удовлетворительное. Эмоционально лабилен. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Телосложение нормостеническое. Тремор пальцев рук. Симптом Грефе – отрицательный. Блеск глаз. Щитовидная железа увеличена до I ст, подвижная, безболезненная при пальпации, мягкая, узлов нет. Кожные покровы, влажность снижена. Подкожная клетчатка развита хорошо. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧCC 120 уд/мин, PS 90 уд/мин. АДd,s 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.  ОАК: Эр. – 4,8х1012/л, Hb – 152г/л, лейкоц. – 6,2х109/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 49 %, лимфоциты - 41%, моноциты – 7 %, СОЭ - 10 мм/час.  ОАМ: 1020, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 4 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л., общий холестерин - 8,3 ммоль/л, общий билирубин – 14,6 мкмоль/л, АЛТ – 18 ЕД/л, АСТ – 22 ЕД/л.  Флюорография: Легкие и сердце – без патологии  ЭКГ: Ритм не синусовый, правильный. Зубец Р отсутствует. QRS 0,06 сек. Волны F. Расстояние R-R одинаковое. ЧСС 120 в мин  ЭхоКС: Камеры сердца не расширены. Сократительная способность миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена.  Гормоны щитовидной железы:ТТГ - 0,06 мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,4), свТ4 - 38,0 пмоль/л (норма до 23,2). Антитела к рецепторам рТТГ: положительные.  УЗИ щитовидной железы: Объем щитовидной железы 30 мл (норма до 25 мл). Эхогенность повышена. Структура однородная. |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на ксарелто (ривароксабан) |
| В | 4 | Критерии эффективности медикаментозной терапии |
| В | 5 | Перечислите показания к лечению радиоактивным йодом и к оперативному лечению |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Н | - | 016 | |
| У | - | Пациентка П., 26 лет предъявляетжалобына перебои в работе сердца, одышку при ходьбе на 200,0 м, уменьшающуюся в покое, боли в прекардиальной области вне связи с физической нагрузкой, отеки н/конечностей  Anamnesis morbi: В анамнезе - частые ангины. В детстве болели суставы. В 17 летнем возрасте «находили шум в сердце». Одышку при физической нагрузке отмечает в течение 1,5 лет. Ухудшение самочувствия – в течение последних 6 мес, когда появились перебои в работе сердца, отеки н/конечностей.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 36,6С.Состояние удовлетворительное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Ритм «перепела». На верхушке: (в положении пациентки на левом боку после физической нагрузки с задержкой дыхания на выдохе): хлопающий I тон; тон открытия митрального клапана. Диастолический шум на верхушке. Акцент II тона во II межреберье слева. ЧCC=PS=84 уд/мин. АДd,s 150/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеки н/конечностей.  ОАК: эритроциты 4,5х1012/л, гемоглобин — 133 г/л, лейкоциты — 7,5х109/л, моноциты — 7%, лимфоциты — 27%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные - 65%, тромбоциты — 180х109/л, СОЭ 12 мм/час  ОАМ: уд.вес – 1010, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 33 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 31 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, общий билирубин – 20,1 мкмоль/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л. Титр антистрептолизина О - отрицат.  ЭКГ: Вертикальное положение ЭОС. Ритм не синусовый. Зубец Р отсутствует. QRS 0,08 сек. Волны f. Расстояние R-R неодинаковое. ЧСС 88 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки с контрастированием пищевода: Сглаживание талии сердца. Увеличение 2-й дуги левого контура – выбухание дуги легочной артерии. Выбухание 3-й дуги левого контура сердца за счет увеличения левого предсердия. Выбухание право нижней дуги правого контура сердца, образованного правым предсердием. Отклонение пищевода по дуге малого радиуса (менее 6 см). В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны.  ЭхоКС: Фракция выброса левого желудочка - 55%. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Дилатация левого предсердия. Дилатация правого желудочка. S митрального клапана 1,3 см2 (норма 4,0 – 6,0 см2). Однонаправленное движение створок митрального клапана. СДЛА 30 мм рт.ст. Средний трансмитральный градиент 8 мм рт.ст. Трикуспидальная регургитация II степени.  Чреспищеводная ЭхоКС: Патологические образования (тромбы) в полостях сердца не выявлены  Гормоны щитовидной железы:ТТГ - 0,6 мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,4), свТ4 - 15,0 пмоль/л (норма до 23,2). Антитела к рецепторам рТТГ: отрицательные.  УЗИ щитовидной железы: Объем щитовидной железы 20 мл (норма до 25 мл). Эхогенность не изменена. Структура однородная. | |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ | |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз | |
| В | 3 | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на варфарин | |
| В | 4 | Показания к оперативному лечению | |
| В | 5 | Разработайте индивидуальную программу реабилитации | |
| Н | - | | 017 |
| У | - | | Пациент Б., 73 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной при быстрой ходьбе, купируемые 1-2 ингаляциями нитроминта через 1 мин, АД до 160 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, одышку при физической нагрузке  Anamnesis morbi: Больным себя считает в течении многих лет, когда стал отмечать подъемы АД. В течении последних 2 мес отмечает снижение толерантности к физической нагрузке, приступы загрудинных болей возникают при быстрой ходьбе.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает  Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 36,6С. Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Систолический шум точке Боткина, во II межреберье справа с проведением на сосуды шеи. Систолический шум на верхушке с проведением до задней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=60 уд/мин. АДd,s 150/90 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.  ОАК: Эритроциты – 5,1 х1012/л, гемоглобин – 152 г/л, лейкоциты – 5,0х109/л, СОЭ – 7 мм/час.  ОАМ: 1015, белок, сахар - отр., лейк.0-1 в п/з., пл.эп. 1-2 в п/зр.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, общий билирубин – 16,0 мкмоль/л, мочевина- 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, В-липопротеиды- 56 ед, триглицериды - 1,7 ммоль/л, общий белок –61 г/л, АЛТ- 25 ЕД/л, АСТ – 20 ЕД/л  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Дилатация левого желудочка.  ЭКГ**:** Синусовый ритм. ЭОС смещена влево. R4 < R5, 6. Увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях. Депрессия сегмента ST и отрицательный, несимметричный зубец Т I, AVL, V4-6.  ЭхоКС: Фракция выброса левого желудочка - 54%. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Дилатация левого предсердия. Дилатация левого желудочка. S аортального клапана 1,3 см2 (норма более 2,0 см2). СДЛА 30 мм рт.ст. Средний трансаортальный градиент 30 мм рт.ст.  Суточное ЭКГ по Холтеру: Синусовый ритм. ЧСС днем 58 — 89/мин. ЧСС ночью 56 — 78/мин. Зарегистрирована 91 суправентрикулярная экстрасистола. Во время физической нагрузки (ходьба) — эпизод горизонтального смещения сегмента ST на 2,0-2,5 мм при ЧСС 136/мин до 12 мин продолжительностью.  : Тип кровоснабжения правый. Ствол левой коронарной артерии: проходим. Передняя нисходящая артерия: проходима. Огибающая артерия: проходима. Правая коронарная артерия: проходима. |
| В | 1 | | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | | Назначьте лечение. |
| В | 4 | | Показания к оперативному лечению |
| В | 5 | | Разработайте индивидуальную программу реабилитации |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 018 |
| У | - | Пациент К., 58 лет, предъявляет жалобы на приступы перебоев в работе сердца до 4 раз в нед, продолжительностью до 15 мин, сопровождающиеся болью в прекардиальной области, купируемые самостоятельно, подъемы АД до 160 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью. Проходит 1 км (не останавливается)  Anamnesis morbi: В течении последних 6 мес отмечает появление приступов перебоев в работе сердца. С этого же момента – подъемы АД. Не лечился. Обратился за медицинской помощью в связи с учащением приступов.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 36,6С.Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧCC=PS=84 уд/мин. АДd,s 160/90 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 4,8х101212/л, гемоглобин — 143 г/л, лейкоциты — 6,2х109/л, моноциты — 7%, лимфоциты — 27%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные - 65%, тромбоциты — 278х109/л, СОЭ 12 мм/час  ОАМ: уд.вес – 1010, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 13 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 30 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, общий билирубин – 20,1 мкмоль/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л. Титр антистрептолизина О - отрицат.  ЭКГ в момент приступа: Вертикальное положение ЭОС. Ритм не синусовый. Зубец Р отсутствует. QRS 0,1 сек. Волны f. Расстояние R-R неодинаковое. ЧСС 88 в мин.  ЭКГ вне приступа: Вертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 80 в мин.  Флюорография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены  ЭхоКС: Фракция выброса левого желудочка - 65%. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость не нарушена. Размеры сердца не увеличены. Патология клапанного аппарата не выявлена.  Гормоны щитовидной железы:ТТГ - 1,2 мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,4), свТ4 - 17,0 пмоль/л (норма до 23,2). Антитела к рецепторам рТТГ: отрицательные.  УЗИ щитовидной железы: Объем щитовидной железы 20 мл (норма до 25 мл). Эхогенность не изменена. Структура однородная.  Чреспищеводная ЭхоКС: Тромб в ушке левого предсердия, S – 2,4 см2.  Коронарография: Тип кровоснабжения правый. Ствол левой коронарной артерии: проходим. Передняя нисходящая артерия: проходима. Огибающая артерия: проходима. Правая коронарная артерия: проходима. |
| В | 1 | Опишите и нарисуйте ЭКГ |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Оцените риск развития инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA2DS2VASс и риск кровотечения по шкале HAS-BLED |
| В | 4 | Назначьте лечение. Выпишите рецепт на кордарон |
| В | 5 | Какова дальнейшая тактика ведения пациента |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 019 |
| У | - | Пациентка С., 70 лет, предъявляет жалобы на похудание, боли в поясничном отделе позвоночника, костях таза, грудины, подъем температуры до 37,60С в течение 1,5 мес, слабость в нижних конечностях, боли в правом подреберье, парестезии и боли верхних конечностей  Anamnesis morbi: Из перенесенных заболеваний в течении последнего года – правосторонняя пневмония, обострения хронического пиелонефрита. За последние 6 мес похудела на 8 кг. Боли в костях в течение этого же периода. В связи с длительным подъемом температуры принимала ципрофлоксацин по 500,0 мг х 2 раза в день в течении 10 дней – без эффекта. Слабость в нижних конечностях с ограничением объема движения в них отмечает в последних 4 дней.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 37,7С.Состояние средней степени тяжести. Слабость в нижних конечностях. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозового цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=94 уд/мин. АДd,s 130/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под края реберной дуги на 4,0 см. Селезенка не увеличена. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 3,1х1012/л, гемоглобин — 96 г/л, лейкоциты — 6,2х109/л, моноциты — 4%, лимфоциты — 30%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные - 65%, тромбоциты — 340х109/л, СОЭ 60 мм/час  ОАМ: уд.вес – 1005, реакц. – щелочн., белок – 2,4 г/л, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 43 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 48 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,4 ммоль/л, креатинин – 103 мкмоль/л, мочевина – 8,8 ммоль/л, общий белок – 88 г/л, общий билирубин – 25,1 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации 46 мл/мин, кальций – 2,8 ммоль/л (норма до 2,65 ммоль/л), β2-микроглобулин сыворотки 4,5 мг/л (норма до 2,0 – 2,5 мг/л).  Серологическое исследование крови: HBsAg – отрицательный, НCV – отрицательный.  ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 84 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены. Остеопроз грудины и ребер.  Рентгенография костей таза: остеопороз костей, 2 остеолитических очага  Рентгенография поясничного отдела позвоночника: компрессионные переломы на уровне L2–L3.  Трепанобиоптат: В миелограмме – 25% плазматических клеток.  Иммунограмма: соотношение вовлеченных/невовлеченных свободных легких цепей (СЛЦ) сыворотки более 100. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Тактика ведения пациентки |
| В | 3 | Критерии эффективности терапии (полная ремиссия) |
| В | 4 | Критерии рецидива заболевания после полной ремиссии |
| В | 5 | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 020 |
| У | - | Пациент Ю., 64 лет, предъявляет жалобы на похудание, увеличение шейных лимфоузлов, снижение работоспособности, слабость, потливость, боли в левом подреберье  Anamnesis morbi: Из перенесенных заболеваний в течении последнего года – обострения хронического пиелонефрита, дважды. За последние 8 мес похудел на 9 кг, появилась потливость.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 37,7С.Состояние средней степени тяжести. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозового цвета. Периферические лимфатические узлы: шейные лимфоузлы – плотные, увеличенные до 2 см в диаметре. Подмышечные лимфоузлы плотные, увеличенные, до 3 см в диаметре, сливающие друг с другом в конгломераты. Паховые лимфозулы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=94 уд/мин. АДd,s 130/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под края реберной дуги на 4,0 см. Селезенка выступает из под края реберной дуги на 6 см. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 3,1х1012/л, гемоглобин — 104 г/л, лейкоциты — 26,2х109/л, моноциты — 2%, лимфоциты — 52%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные - 45%, тромбоциты — 140х109/л, СОЭ 43 мм/час. Клетки Боткина-Гумпрехта  ОАМ: уд.вес – 1005, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 48 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 46 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,4 ммоль/л, креатинин – 103 мкмоль/л, мочевина – 8,1 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий билирубин – 19,5 мкмоль/л  Серологическое исследование крови: HBsAg – отрицательный, НCV – отрицательный.  ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 94 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены.  Трепанобиоптат: В миелограмме – 47% лимфоцитов. Диффузно-интерстициальная лимфоцитарная гиперплазия костного мозга.  УЗИ брюшной полости: Гепатомегалия. Спленомегалия. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Тактика ведения пациентки |
| В | 3 | Критерии эффективности терапии (полная ремиссия) |
| В | 4 | Критерии прогрессирования заболевания |
| В | 5 | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 021 |
| У | - | Пациент М., 56 лет, предъявляет жалобы на похудание, слабость, снижение работоспособности, потерю веса, боли в костях, боли в левом подреберье, кровоточивость при минимальных травмах.  Anamnesis morbi: Из перенесенных заболеваний в течении последнего года – обострения хронического пиелонефрита, дважды. За последние 7 мес похудел на 8 кг  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 37,8С.Состояние средней степени тяжести. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозового цвета. Периферические лимфатические узлы: не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=88уд/мин. АДd,s 130/70 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под края реберной дуги на 4,0 см. Селезенка выступает из под края реберной дуги на 10 см, плотная. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 4,8х1012/л, гемоглобин — 136 г/л, лейкоциты — 16,1х109/л, эозинофилы – 5%, базофилы – 8%, промиелоциты – 1%, метамиелоциты – 3%, миелоциты – 16%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные - 41% лимфоциты — 22%, тромбоциты — 98х109/л, СОЭ 43 мм/час.  ОАМ: уд.вес – 1005, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 48 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 46 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,4 ммоль/л, креатинин – 94 мкмоль/л, мочевина – 8,1 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий билирубин – 19,5 мкмоль/л  Цитогенетическое исследование: Ph-ромосома  Серологическое исследование крови: HBsAg – отрицательный, НCV – отрицательный.  ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 88 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены.  Трепанобиоптат: В миелограмме – 15% бластных клеток. Гиперплазия миелоидного ростка. Диффузно-интерстициальная лимфоцитарная гиперплазия костного мозга.  УЗИ брюшной полости: Гепатомегалия. Спленомегалия. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Тактика ведения пациентки |
| В | 3 | Критерии эффективности терапии (полного гематологического ответа) |
| В | 4 | Критерии эффективности терапии (полного цитогенетического ответа) |
| В | 5 | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 022 |
| У | - | Пациент Э., 56 лет, предъявляет жалобы на кожный зуд после умывания, приступы покраснения пальцев рук и ног, сопровождающиеся болью и жжением, преимущественно после горячей ванны, подъемы АД до 180 мм рт.ст., сопровождающиеся тяжестью в голове  Anamnesis morbi: В течении длительного времени отмечает кровотечение после экстракции зубов. Обследовался. В общем анализе крови – «хорошие, несколько повышенные» показатели гемоглобина (со слов).  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 36,8С.Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированны. Периферические лимфатические узлы: не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=64 уд/мин. АДd,s 140/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличен. Селезенка выступает из под края реберной дуги на 6 см, плотная. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 5,9х1012/л, гемоглобин — 211 г/л, гематокрит – 70%, лейкоциты — 12,2х109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные - 52%, моноциты – 8%, лимфоциты — 32%, тромбоциты — 420х109/л, СОЭ 43 мм/час.  ОАМ: уд.вес – 1005, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 26 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 32 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л, мочевина – 8,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, общий билирубин – 29,5 мкмоль/л. Уровень эритропоэтина сыворотки ниже референсных значений.  Серологическое исследование крови: HBsAg – отрицательный, НCV – отрицательный.  ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 88 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены.  Трепанобиоптат: Трехростковая гиперплазия (панмиелоз): увеличение пролиферации элементов эритроидного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного ростков миелопоэза.  УЗИ почек: Мочекислый диатез |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Тактика ведения пациентки |
| В | 3 | Критерии эффективности терапии (полного клинико-гематологического ответа) |
| В | 4 | Критерии эффективности терапии (отсутствие клинико-гематологического ответа) |
| В | 5 | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 023 |
| Ф | A/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| У | - | Пациентка Б. 29 лет, предъявляет жалобы на слабость, головокружение, снижение работоспособности, ломкость волос, ногтей, заеды в углах рта, изменение вкуса (пристрастие к мелу, сырым продуктам).  Беременность одноплодная, вторая; срок 30 нед беременности – 11.02.2017. Первые роды – срочные, протекали без патологии; ребенок доношенный, вес ребенка при рождении – 3560г.  Объективно: t 38,50С. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими - легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 3,1 х 1012/л, гемоглобин 95 г/л, лейкоциты 6,8 х 10 9/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, моноциты – 6%, лимфоциты – 31%. СОЭ - 15 мм/час. Средний объем эритроцита (MCV) - 72 фл (норма 81 – 96 фл) Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) - 24 пг (норма 27 – 33 пг). Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) - 304 г/л (норма 326 – 362 г/л); Степень анизоцитоза эритроцитов (RDW) более 14,5%. Гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз.  Общий анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,89 ммоль/л, АЛТ – 22 МЕ/л, АСТ – 18 МЕ/л, общий белок – 71 г/л, мочевина – 3,9 ммоль/л, креатинин – 97 мкмоль/л. Сывороточное железо (СЖ) – 11,5 мкмоль/л (норма более 12,5 мкмоль/л). Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ) – 15% (норма более 17%). Сывороточный ферритин (СФ) – 20 мкг/л (норма более 30 мкг/л).  Рентгенография органов грудной клетки: Легочные поля – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Синусы свободны. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭКГ: Синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Составьте алгоритм лечения. |
| В | 3 | Оцените эффективность лечения железодефицитного состояния |
| В | 4 | Тактика при неэффективности составленного алгоритма лечения |
| В | 5 | Заполните листок нетрудоспособности |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 024 |
| У | - | Пациент К., 46 лет предъявляет жалобы на подъем температуры до 37,80С, частый жидкий стул до 5 раз в сутки, боли во время акта дефекации, боли в животе, снижение массы тела на 6 кг за последние 4 мес, боли в коленных, локтевых суставах, снижение остроты зрения.  Anamnesis morbi: Больным себя считает в течении 6 мес, когда стал отмечать появление диареи, периодически с кровью, от 3 до 5 раз/сут, боли в животе. За истекший период отмечает похудание на 6 кг. В течении последнего месяца появились боли в суставах преимущественно в ранние утренние часы, субфебрильная температура.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 37,8С.Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированны. Периферические лимфатические узлы: не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=88 уд/мин. АДd,s 110/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной и правой боковой областях. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Отеков нет. В области анального канала определяются две широкие с подрытыми краями белесоватые язвы-трещина на фоне отечных, багрово-синюшных перианальных тканей. Коленные, локтевые суставы не увеличены, движения болезненны, не ограничены.  ОАК: эритроциты 3,1х1012/л, гемоглобин — 94 г/л, лейкоциты — 11,2х109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные - 52%, моноциты – 8%, лимфоциты — 32%, тромбоциты — 184х109/л, СОЭ 28 мм/час.  ОАМ: уд.вес – 1005, реакц. – щелочн., белок – отриц, эпит.– 0-0-1 в п/з, лейк 1-2-1 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 29 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 30 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 5,6 ммоль/л, креатинин – 89 мкмоль/л, мочевина – 6,9 ммоль/л, общий белок – 58 г/л, общий билирубин – 14,6 мкмоль/л.  ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС 92 в мин.  Рентгенография органов грудной клетки: В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Плевральные синусы свободны. Размеры сердца не увеличены.  Копрограмма:  ФГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество мутного содержимого. Перистальтика равномерная. Слизистая розовая, отечная. 12-кишка – без особенностей. Заключение: Гастрит с очаговой атрофией.  Рентгенография желудка с пассажем бариевой взвеси по тонкой кишке (досмотр кишечника через 24 ч): Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество мутного содержимого. Перистальтика равномерная. Слизистая розовая, отечная. 12-кишка и тощая кишка – без особенностей. В подвздошной кишке - прерывистое поражение слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки, симптом «булыжной мостовой».  Колоноскопия с илеоскопией: прерывистое поражение слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей кишки, симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв c островками отечной гиперемированной слизистой оболочкой).  Биопсия слизистой оболочки восходящей кишки: Саркоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток).  Окулист: Иридоциклит |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Принципы консервативного лечения |
| В | 3 | Каковы критерии эффективности консервативного лечения |
| В | 4 | Перечислите показания к оперативному лечению |
| В | 5 | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Н | - | 025 | |
| У | - | Больная А., 47 лет, обратилась с жалобами на боли в мелких суставах кистей, припухлость проксимальных межфаланговых суставов кистей, наличие контрактуры с полным отсутствием движений в I, II и III пальцах кистей, похолодание кистей и стоп, затруднение открывания полости рта, поперхивание твердой пищей во время еды, одышку при физической нагрузке.  Anamnesis morbi: Больной себя считает в течение 8 лет, когда после эмоционального стресса стал беспокоить артрит с поражением 1 пальца правой кисти. Через 1 мес вскрылись 2 образования на пальцах с белым отделяемым, а артрит самостоятельно разрешился. Постепенно сформировалась контрактура. Через год - рецидив артрита с поражением мелких суставов кистей и формированием кальцинатов мягких тканей кистей и стоп, к врачам не обращалась. Еще через 1 год стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке. В течение последних 3 лет рецидивируют артриты с поражением мелких суставов кистей и самостоятельным вскрытием кальцинатов; стала отмечать появление складок вокруг рта с формированием симптома «кисета» с затруднением открывания рта, поперхивание твердой пищей, периодически беспокоила изжога.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Status Presens t 37,8С: Состояние удовлетворительное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы: симметричное уплотнение и утолщение кожных покровов проксимальнее пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов с распространением на верхние и нижние конечности. Атрофия и гиперпигментация кожи. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=80 уд/мин. АДd,s 130/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Отеков нет. Передвижение самостоятельное. Самообслуживание затруднено из-за сгибательных контрактур обеих кистей (исход склеродермического отека). Хват нарушен. Кисти в кулак не собирает. Выраженный кальциноз мягких тканей кистей и стоп. Остеолиз концевых фаланг. Двусторонняя сгибательная контрактура проксимальных и дистальных межфаланговых суставов II—III пальцев кистей. Атрофия, гиперпигментация кожи и выраженный цианоз кистей. Множественные телеангиоэктазии на лице, передней грудной стенке. Рот открывает неполностью из-за плотности и стянутости кожи, выраженного склероза мягких тканей вокруг рта - радиальные складки кожи вокруг рта — симптом «кисета». Боли при пальпации пальцев кистей и стоп из-за ишемии, обусловленной выраженным синдромом Рейно.  ОАК: Эр. – 5,05х1012/л, Hb – 156г/л, лейкоц. – 6,23х109/л, тромбоц - 186х109/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 49 %, лимфлциты - 41%, моноциты – 7 %, СОЭ - 28 мм/час.  ОАМ: 1024, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, общий билирубин - 10,6 мкмоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, мочевина – 5,9 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л., общий холестерин - 5,3 ммоль/л, АЛТ - 36 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 30 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела — отрицательные. Антитела к топоизомеразе 1 (анти-ScL-70) — положительные; антицентромерные (АЦА) антитела - положительные; антителак РНК полимеразе III - положительные.  Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, повышенной пневмотизации. Легочный рисунок выраженно деформирован по петлисто-тяжистому типу за счет пневмосклероза. Корни малоструктурные, уплотнены. Синусы свободные. Тень сердца расширена в поперечнике влево за счет левого желудочка. Аорта расширена, уплотнена. Признаки базального пневмосклероза.  ЭКГ: Синусовая тахикардия. ЧСС 96 в мин. Электрическая ось сердца горизонтальная.  Рентгенография стоп в прямой проекции определяется выраженный кальциноз мягких тканей проксимальных фаланг первых пальцев, межфаланговых суставов.  На рентгенограмме кистей в проекциях определяется выраженный кальциноз мягких тканей в области запястий, пястных костей и фаланг пальцев, отмечается остеолиз концевых фаланг, сгибательная контрактура двух пальцев кистей  Рентгеноскопия желудка с барием: Задержка продвижения бария по пищеводу. Сужение пищевода в нижней трети и расширение вышележащих отделов. Гипотония пищевода. Эзофагит.  ЭхоКС: Заключение: аорта, аортальный клапан уплотнены. Полости сердца не расширены. Глобальная сократимость миокарда в норме. Локальная сократимость миокарда не нарушена.  При капилляроскопии: видимость хорошая; фон бледный. Капилляры расположены беспорядочно в виде коротких петель, запятых, извиты, сужены. Заключение: спастическое состояние капилляров, уменьшение числа капилляров  УЗИ органов брюшной полости и почек без особенностей. | |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз | |
| В | 2 | Составьте алгоритм лечения | |
| В | 3 | Составьте план реабилитационных мероприятий | |
| В | 4 | Критерии эффективности лечения | |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 100 таблеток преднизолона. Назначьте по 1 таб в день утром | |
| Н | - | 026 | |
| У | - | Пациент Щ., 67 лет предъявляет жалобы на появление волдырей на коже верхних, нижних конечностей, туловища, сопровождающихся зудом, исчезающих через 18-20 ч после появления, слабость, утомляемость  Anamnesis morbi: Больной себя считает в течение года, когда эпизодически стал отмечать появление преходящих эритематозных зудящих волдырей. Не лечился. В течении последних 2 нед – количество элементов увеличилось, усилился зуд кожи. В пищу употребляет недостаточно термически обработанную рыбу.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Аллергологический анамнез спокоен.  Status Presens t 37,3С: Состояние удовлетворительное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. На коже верхних и нижних конечностей - преходящие эритематозные зудящие волдырные элементы (уртикарии) красного цвета, размером до 5 – 8 см, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=68 уд/мин. АДd,s 130/80 мм рт.ст. пульс удовлетвор качества. «Лакированный язык». Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 5,01х1012/л, гемоглобин — 111 г/л, лейкоциты — 6,39х109/л, эозинофилы – 4%, моноциты —6%, сегментоядерные – 49%, палочкоядерные – 1%, лимф – 40%, тромбоциты – 203х109/л, СОЭ 10 мм/час  ОАК (в динамике, через 12 мес):эритроциты 5,4х1012/л, гемоглобин — 101 г/л, лейкоциты — 7,44х109/л, эозинофилы — 30%, моноциты —2%, сегментоядерные – 47%, палочкоядерные – 1%, лимфоциты – 20%, тромбоциты – 261х109/л, СОЭ 19 мм/час. Цветовой показатель 1,2. Гипохромия +, анизоцитоз+, пойкилоцитоз +.Средний объем эритроцита (MCV) - 105 фл (норма 81 – 96 фл) Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) - 36 пг (норма 27 – 33 пг). Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) - 334 г/л (норма 326 – 362 г/л). Кольца Кебота, тельца Жолли.  ОАМ: 1021, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, общий билирубин - 16,6 мкмоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, АЛТ - 26 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 29 ЕД/л (норма до 40 ЕД/л), ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела — отрицательные, антинейтрофильные антитела к миелопероксидазе - отрицательные. D-димер – отрицательный.  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 68 в мин. Нормальное положение ЭОС  Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Синусы свободные. Тень сердца не расширена.  ФГДС: Пищевод свободно проходим. Слизистая бледнорозовая. Кардия смыкается (недостаточность кардии), Рефлюкс-эзофагит. В желудке небольшое количество мутного содержимого. Перистальтика равномерная. Субтотальная атрофия желудка. Атрофический гастрит. Тест на наличие Helicobacter pylori – отрицательный.  УЗИ органов брюшной полости и почек: без особенностей.  Гормоны щитовидной железы:ТТГ – 1,26 мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,4), свТ4 - 19,5 пмоль/л (норма до 23,2). Антитела к рецепторам рТТГ: отрицательные.  УЗИ щитовидной железы: Объем щитовидной железы 23 мл (норма до 25 мл). Эхогенность не изменена. Структура однородная.  Кал на яйца глист: Дифиллоботриоз. | |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз | |
| В | 2 | Составьте алгоритм лечения | |
| В | 3 | Показания к госпитализации | |
| В | 4 | Составьте алгоритм лечения анемии и сформулируйте критерии эффективности ее лечения | |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 20 таблеток цетрина (цетиризин). Назначьте по 1 таб в день утром | |
| Н | - | | 027 |
| У | - | | Пациент Ш., 60 лет предъявляет жалобы на сонливость, прибавку в весе, вялость, выпадение волос, затрудненное глотание, подъемы АД до 220/110 мм рт.ст., сухость кожи, отеки лица, снижение памяти, внимания  Anamnesis morbi: В течении последнего года, после стресса стал отмечать прибавку в весе, вялость, сонливость. 2 мес назад обратил внимание на затрудненное глотание, выпадение волос. Обратился за медицинской помощью  Status Presens t 36,6С. Состояние удовлетворительное. Рост 183 см, вес 115 кг. Индекс массы тела 34 кг/м2. Окружность талии 116 см. Телосложение гиперстеническое. Амимия лица. Блеск глаз обычный. Тремор пальцев рук отсутствует. Судорог нет. Симптомы Труссо, Хвостека – отрицательные. Щитовидная железа увеличена до I ст, подвижная, безболезненная при пальпации, диффузно-неоднородная, эластичная. Экзофтальма нет. Тембр голоса: грубый. Патологические глазные симптомы: отсутствуют. Кожные покровы, сухие, с желтоватым оттенком, в складки не собираются. Гиперкератоз подошв. Подкожная клетчатка развита хорошо. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=68 уд/мин. АДd,s 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеки периорбитальной клетчатки. Стул склонен к запорам.  ОАК: эритроциты 5,2х1012/л, гемоглобин — 120 г/л, лейкоциты — 6,9х109/л, эозинофилы – 2%, моноциты —6%, сегментоядерные – 60%, палочкоядерные – 1%, лимф – 31%, тромбоциты – 203х109/л, СОЭ 12 мм/час  ОАМ: 1020, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: АЛТ – 38,7 ед/л (норма до 40 ЕД/л), АСТ – 41,9 ед/л (норма до 40 ЕД/л), глюкоза – 5,31 ммоль/л, креатинин – 109,3 мкмоль/л¸ холестерин – 4,8 ммоль/л, общий белок - 72,4 г/л, общий билирубин – 14,8 мкмоль/л  Гормоны щитовидной железы: Тиреотропный гормон (ТТГ) – 100,0 мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,4). Свободный трийодтиронин (св. Т3) – 2,22 пг/мл (норма 1,5-4,1). Свободный тироксин (св. Т4) – 1,74 пмоль/л (норма 10,2-23,2). Антитела к тиреоглобулину (AmТГ) – 2517,0 Ед/мл (норма 0-65). Антитела к тиреопероксидазе (AmТГ) – 1096,0 Ед/мл (норма 0-30).  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 68 в мин. Нормальное положение ЭОС  Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Синусы свободные. Тень сердца не расширена.  ЭхоКС: Глобальная сократимость левого желудочка в норме. Локальная сократимость не нарушена. Гипертрофия миокарда левого желудочка, легкой степени. Уплотнены стенки восходящей аорты. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Систолическое давление в легочной артерии 18мм.рт.ст. Перикард б/о.  УЗИ щитовидной железы: Эхогенность понижена. Структура неоднородная. Правая доля: ширина 1,51 см, длина 4,3 см, толщина 1,78 см, объем – 5,53 см3. Левая доля: ширина 2,76 см, длина 5,3 см, толщина 2,05 см, объем – 14,36 см3. Перешеек: 0,51 см.  Суммарный объем – 19,89 см3. Возрастная норма – 17,06 см3. Сосудистый рисунок железы усилен с обеих сторон. Лоцируются единичные лимфоузлы обычных размеров. Заключение: УЗИ признаки увеличения объема щитовидной железы. |
| В | 1 | | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | | Составьте алгоритм лечения |
| В | 3 | | Частота контроля уровня гормонов |
| В | 4 | | Критерии адекватности лечения |
| В | 5 | | Показания для направления в бюро МСЭ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 028 |
| У | - | Пациент Ч., 26 лет, предъявляет жалобы на ежедневные эпизоды приступообразного кашля со свистом в груди, в том числе до 3 – 4 раз в неделю в ночные часы, сопровождающийся ограничением физической активности и нарушением ночного сна, купируемый самостоятельно.  Anamnesis morbi: В течении последнего года отмечал редкие (до 1-2 раз в мес) приступы кашля, купирующиеся самостоятельно. Ухудшение самочувствия – в течение 2 недель, когда после перенесенного ОРВИ появились приступы кашля в ночные часы. Обратился за медицинской помощью.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Аллергологический анамнез спокоен  Status Presens t 36,6С. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=88 уд/мин. АДd,s 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 4,82х1012/л, гемоглобин — 120 г/л, лейкоциты — 7,5х109/л, эозинофилы – 2%, моноциты —6%, сегментоядерные – 61%, палочкоядерные – 1%, лимф – 30%, тромбоциты – 213х109/л, СОЭ 12 мм/час  ОАМ: 1019, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л¸ холестерин – 4,8 ммоль/л, общий белок - 72,4 г/л  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 68 в мин. Нормальное положение ЭОС  Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Синусы свободные. Тень сердца не расширена.  ЭхоКС: Глобальная сократимость левого желудочка в норме. Локальная сократимость не нарушена. Гипертрофия миокарда левого желудочка, легкой степени. Уплотнены стенки восходящей аорты. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Систолическое давление в легочной артерии 18мм.рт.ст. Перикард б/о.  Общий анализ мокроты: цвет - белый, консистенция - вязкая, лейкоциты 4 - 6 в п/зр, эритроциты 1-0-1 в п/зр, эпителиальные клетки З-4 в п/зр. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Атипичные клетки – не обнаружены.  Спирометрия (до и после пробы с ингалятором): ОФВ1 - 68%. Прирост ОФВ1 - 18%.  Пикфлоуметрия: ПСВ – 70%  Пульсоксиметрия: SaO2 92%.  Аллерголог: Данные за аллергические заболевания не выявлены  Оториноларинголог: Здоров  Стоматолог: Полость рта санирована. |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| В | 2 | Составьте алгоритм лечения |
| В | 3 | Уровни контроля бронхиальной астмы |
| В | 4 | Уровень тяжести обострений бронхиальной астмы |
| В | 5 | Выпишите рецепт на серетид в количестве 120 доз. Назначьте по 2 вдоха 2 раза в день |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 029 |
| У | - | Пациент В. 56 лет., предъявляет жалобы на подъемы АД до 160 мм.рт.ст., сопровождающиеся болью в прекардиальной области, одышку при тяжелой физической нагрузке, слабость, утомляемость, увеличение массы тела. Проходит 1 км, поднимается на 5 этаж (не останавливается)  Anamnesis morbi: В течении последних 3 мес - увеличение массы тела, слабость, снижение работоспособности. В это же время стал отмечать подъемы АД. При прохождении плановой медкомиссии выявлен повышенный уровень глюкозы крови.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает. Лекарственный анамнез спокоен.  Аллергологический анамнез спокоен  Status Presens t 36,6С. Состояние удовлетворительное. Вес 125 кг. Окружность талии 126 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧCC=PS=78 уд/мин. АДd,s 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.  ОАК: эритроциты 5,01х1012/л, гемоглобин — 155 г/л, лейкоциты — 7,2х109/л, эозинофилы – 2%, моноциты —5%, сегментоядерные – 62%, палочкоядерные – 1%, лимф – 30%, тромбоциты – 241х109/л, СОЭ 14 мм/час  ОАМ: 1022, реак.- кисл, белок, сахар - отр., эпит. 1 - 0 в п/з., лейк. 1 - 3 в п/з.  Биохим. ан. крови: глюкоза – 8,58 ммоль/л, холестерин 5,9 ммоль/л, триглицериды – 2,1 ммоль/л (норма 0,45 – 1,81ммоль/л), β-липопротеиды низкой плотности – 4,2 ммоль/л (норма 3,4 – 4,1 ммоль/л), β-липопротеиды высокой плотности – 1,2 ммоль/л (норма 0,9 – 1,3 ммоль/л), креатинин 103,8 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации 89 мл/мин, мочевая кислота – 366 мкмоль/л (норма 214 – 458 мкмоль/л), гликированный гемоглобин (HbAc) – 6,8% (норма 4,5 – 6,0%).  ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 68 в мин. Нормальное положение ЭОС  Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Синусы свободные. Тень сердца не расширена.  ЭхоКС: Глобальная сократимость левого желудочка в норме. Локальная сократимость не нарушена. Гипертрофия миокарда левого желудочка, легкой степени. Уплотнены стенки восходящей аорты. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Систолическое давление в легочной артерии 17 мм.рт.ст. Перикард б/о.  Суточное мониторирование АД (СМАД): ЧСС днем 59-126/мин. ЧСС ночью 58-86/мин. Динамика АД: 120/80 – 130/70 – 155/105 – 120/90 – 144/80 – 130/70 - 120/90 – 130/70 мм рт.ст.  Триплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА): Комплекс интимы медиа общих сонных не утолщен – 0,8 мм. В каротидной бифуркации слева – утолщение до 1,2 мм. В устье левой внутренней сонной артерии – утолщение до 1,2 мм. В каротидной бифуркации справа – без особенностей.  КТ почечных артерий с контрастированием: Почечные артерии - без стенозов и дефектов наполнения  Окулист: Здоров |
| В | 1 | Расшифруйте СМАД и УЗИ БЦА |
| В | 2 | Сформулируйте диагноз |
| В | 3 | Составьте алгоритм лечения |
| В | 4 | Целевой уровень гликированного гемоглобина: |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 50 таблеток сиофора по 500 мг. Назначьте по 1 таб в день утром и 2 таб вечером |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 030 |
| У | - | Пациент М. 69 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры до 38,20С, слабость.  Заболел остро, 1,5 нед назад после переохлаждения; появился сухой кашель, озноб, повысилась температура до 38,8оС. На 5-й день появилась мокрота, температура тела повысилась до 39,0оС. Обратился в поликлинику. От госпитализации в профильный стационар отказался.  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает.  Сахарный диабет II типа. Принимает сиофор по 850 мг х 2 раза в день  Лекарственный анамнез спокоен.  Объективно: t 38,20С. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими притупление легочного звука в нижних отделах справа, слева – легочный звук. Аускультативно справа в нижних отделах: дыхание везикулярное, ослабленное, влажные хрипы; слева – дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,4 х 1012/л, гемоглобин 132 г/л, лейкоциты 8,8 х 10 9/л, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 7%, лимфоциты – 30%. СОЭ - 20 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 8,8 ммоль/л, АЛТ – 26 ЕД/л, АСТ – 32 ЕД/л, общий белок – 78 г/л, альбумин – 38,6 г/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л  Диаскинтест – отрицательный.  Рентгенография органов грудной клетки: Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений и объемных образований. В S9 и S10 нижней доли правого легкого имеется воспалительная инфильтрация. Корни не расширены, структурны, лимфоузлы не увеличены. Жидкости в правой плевральной полости нет. Средостение не смещено. Сердце не расширенно.  ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС.  SaO2 92%.  Анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо 20-25 в поле зрения; эритроциты отсутствуют, атипичные клетки отсутствуют, микобактерии туберкулеза не обнаружены |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Оцените риск неблагоприятного прогноза заболевания и выберите место лечения пациента |
| В | 3 | Назначьте лечение |
| В | 4 | Каковы критерии эффективности антибактериальной терапии |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 5 флаконов по 3 мл раствора гларгина. Назначьте по 10 ЕД/сут п/к (в 22.00 – 23.00) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 031 |
| У | - | Пациентка С., 64 лет обратилась с жалобами на наличие раны на правой н/конечности после укуса собакой, слабость  Anamnesis vitae: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания отрицает.  Прививочный анамнез указать не может  Лекарственный анамнез спокоен.  Объективно: t 36,80С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 62 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Status localis: На голени справа – рваная рана с сукровичным отделяемым до 3 см в длину. |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Сформулируйте алгоритм обследования пациента |
| В | 3 | Составьте алгоритм лечения |
| В | 4 | Экстренная специфическая профилактика столбняка. Экстренная профилактика бешенства |
| В | 5 | Выдайте листок нетрудоспособности пациентке С. на 13 дней с указанием причины нетрудоспособности и даты следующего осмотра пациентки врачом общей практики. Укажите дату, когда пациентка должна приступить к работе, после признания ее трудоспособной. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 032 |
| У | - | Пациент М., 56 лет обратился с жалобами на затрудненное глотание, отечность лица, отек левого предплечья, ягодичной области, сопровождающийся зудом  Anamnesis morbi: Накануне обращался к стоматологу по поводу кариеса зубов. За день до обращения к стоматологу принял 2 таб антибиотика (название указать не может). Экстракция зуба проведена под местной анестезией. Вечером того же дня появилась отечность лица, левого предплечья, ягодичной области. За медицинской помощью не обращался. Сегодня утром отметил затруднение при глотании.  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает.  Лекарственный анамнез указать не может.  Объективно: t 36,80С. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Ориентирован в месте, времени, личности. Отечность лица, губ. Отечность левого предплечья. Отек ягодичной области. Затруднено глотание твердой жидкой пищи. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет. |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| В | 2 | Ваша тактика |
| В | 3 | Критерии неэффективности лечения и клиническая картина при этом |
| В | 4 | Какова тактика при неэффективности терапии |
| В | 5 | Показания к госпитализации |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 033 |
| Ф | A/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| У | - | Пациент Л, 48 лет обратился к врачу терапевту участковому с жалобами на дискомфорт за грудиной, чувство нехватки воздуха. Указанные жалобы отмечает в течение последних 40 мин. Во время осмотра пациент Л. внезапно потерял сознание.  Об-но: Сознание отсутствует. Самостоятельное дыхание отсутствует. |
| В | 1 | Ваша тактика. Последовательность мероприятий |
| В | 2 | Ваша дальнейшая тактика |
| В | 3 | Алгоритм реанимационных мероприятий при фибрилляции желудочков |
| В | 4 | Критерии биологической смерти |
| В | 5 | Критерии прекращения реанимационных мероприятий |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 034 |
| У | - | Пациент Р, 55 лет обратился к врачу терапевту участковому с жалобами на дискомфорт за грудиной, чувство нехватки воздуха. Указанные жалобы отмечает в течение последних 40 мин. Во время осмотра пациент Л. внезапно потерял сознание.  Об-но: Сознание отсутствует. Самостоятельное дыхание отсутствует. |
| В | 1 | Ваша тактика. Последовательность мероприятий |
| В | 2 | Ваша дальнейшая тактика |
| В | 3 | Алгоритм реанимационных мероприятий при асистолии |
| В | 4 | Критерии биологической смерти |
| В | 5 | Критерии прекращения реанимационных мероприятий |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 035 |
| У | - | Пациент Б., 19 лет обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, одышку в покое, свистящие хрипы.  Anamnesis morbi: Длительно страдает аллергическим ринитом с сезонным обострением. Ухудшие самочувствия – в течение последнего дня, когда стал отмечать появление чувства нехватки воздуха.  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает.  Лекарственный анамнез: спокоен.  Объективно: t 36,80С. Состояние крайне тяжелое. Сонливость. Пациент не раговаривает. Профузная потливость. Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры шеи, передней брюшной стенки. Втяжение над- и подключичных промежутков. Кожные покровы бледнорозового цвета. Диффузный цианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно «немое легкое». ЧДД 30 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 54 ударов в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Пиковая скорость выдоха < 33% от лучших значений  SрO2 - 90%  PaO2 - 58 ммрт.ст  Нормокапния (РаСО2 : 40 мм рт.ст.) |
| В | 1 | Ваш диагноз |
| В | 2 | Ваша тактика |
| В | 3 | Показания к госпитализации |
| В | 4 | Препараты и методы лечения, не рекомендуемые к использованию при данной патологии |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 1 ингалятор «Беродуала»; укажите кратность его приема |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 036 |
| У | - | Пациент Е., 58 лет обратился с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую верхнюю конечность, левую лопатку, с кратковременным эффектом от приема 4 таб нитроглицерина, головокружение, слабость  Anamnеsis morbi: В течении многих лет – подъемы АД. Принимал кардиомагнил, небилет, розувастатин, рамиприл. Ухудшение самочувствия – в течении последних 3 ч, когда стал отмечать появление загрудинных болей.  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Лекарственный анамнез спокоен  Об-но: Состояние тяжелое. В сознании. Контактен. Возбужден. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы: холодные, влажные, липкий пот. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – IIIребро, левая – по левой средне-ключичной линии.Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 106 в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез отсутствует в течении 3 ч. Отеков нет.  ЭКГ: Зубец Р положительный. ЧСС 100 в мин. Депрессия сегмента ST на 3 мм с дугой, обращенной выпуклостью книзу, в I, II, AVL, V1-V6. Отрицательный зубец Т в I, II, AVL, V1-V6.  Тропониновый тест (экспресс-методом): положительный |
| В | 1 | Опишите ЭКГ |
| В | 2 | Ваш диагноз |
| В | 3 | Ваша тактика |
| В | 4 | Условия транспортировки |
| В | 5 | Укажите лечебное учреждение, куда подлежит госпитализации пациент |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 037 |
| У | - | Пациентка Ф., 60 лет обратилась с жалобами на подъемы АД до 180 мм рт.ст., сопровождающиеся головными болями, длительными болями в прекардиальной области.  Во время осмотра – состояние резко ухудшилось, пациентка беспокойна, отмечает появление чувства нехватки воздуха, «свист» в груди.  Anamnеsi smorbi: В течении 5 лет – подъемы АД. Принимает кардиомагнил, конкор, розувастатин, индапамид, лизиноприл – с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия – в течении последних 2нед после стресса  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Лекарственный анамнез спокоен  Об-но: Состояние тяжелое. Ортопноэ. Дистанционно сухие хрипы. В сознании. Контактна. Возбуждена. Агрессивна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы, в нижнебоковых отделах легких – влажные среднепузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – IIIребро, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 200/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.  ЭКГ: Зубец Р присутствует. ЧСС 100 в мин. Зубец R V5, V6 выше RV4. SV1+RV5=36 мм. Сегмент STV5,V6 ниже изолинии на 1 мм. Зубец ТV5,V6 отрицательный, ассиметричный |
| В | 1 | Опишите ЭКГ |
| В | 2 | Ваш диагноз |
| В | 3 | Ваша тактика |
| В | 4 | Показания к госпитализации |
| В | 5 | Назовите условия для транспортировки пациента в стационар |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 038 |
| У | - | Пациент С., 56 лет обратился с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся слабостью, головокружением продолжительностью до 5 мин, от 2 до 4 раз в день, купируемые самостоятельно, одышку при физической нагрузке. В момент осмотра отмечает возникновение приступа сердцебиения  Anamnеsis morbi: В течении 2 лет - приступы сердцебиения до 2 раз/год. Коронарография: Передняя нисходящая артерия (ПНА): стенозы в средней сегменте до 60% и до 50%. Огибающая артерия (ОА): стеноз в проксимальном отделе до 50%. Правая коронарная артерия (ПКА): стеноз в среднем отделе до 85%. От оказания высокотехнологичной медицинской помощи (оперативного лечения) пациент отказался. Ухудшение самочувствия — в течении 2 мес, когда приступы сердециения участились до 4 раз/сут.  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Лекарственный анамнез спокоен  Об-но: Состояние тяжелое. В сознании. Контактен. Возбужден. Ориентирован в месте, времени, личности. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Ау-но дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Тахикардия. АД 100/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.  ЭКГ в момент осмотра: Ритм правильный. ЧСС 200 в мин. Зубец Р отсутствует. Комплексы QRS широкие (0,14 с), деформированы. |
| В | 1 | Опишите ЭКГ |
| В | 2 | Ваш диагноз |
| В | 3 | Ваша тактика |
| В | 4 | Ваша тактика в случае отказа пациента от госпитализации в стационар |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 30 таблеток кордарона. Назначьте его |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 039 |
| У | - | Пациентка Н. 44 лет предъявляет жалобы на приступы сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, слабостью, длительностью до 2 - 4 мин, до 4 раз/нед, купируемые самостоятельно, подъемы АД до 160 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью. Проходит 1 км, поднимается на 5 этаж (не останавливается). В момент осмотра отмечает возникновение приступа сердцебиения  Anamnesis morbi: Подъемы АД – в течении 5 лет. Приступы сердцебиения отмечает в течение 2 лет. Коронарография: Ствол левой коронарной артерии проходим. Передняя нисходящая артерия проходима. Диагональная ветвь проходима. Огибающая артерия проходима. Правая коронарная артерия проходима. Ухудшение самочувствия – в течение последних 2 нед, когда после стресса участились приступы.  Anamnesisvitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Лекарственный анамнез спокоен.  Status praesens: t 36,70С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнутри от левойсреднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 ударов в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  Общий анализ крови: эритроциты 4,1 х 1012/л,гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 7,4 х 10 9/л, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, моноциты – 6%, лимфоциты – 32%. СОЭ - 18 мм/час  Общий анализ мочи: уд. вес – 1021, белок – не обнаружен, лейкоциты – 2 – 3 в п/зр  Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,1 ммоль/л, АЛТ – 37 МЕ/л, АСТ – 36 МЕ/л, общий белок – 72 г/л, креатинин – 84 мкмоль/л, общий холестерин – 6,4 ммолль/л, триглицериды – 2,3 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3,6 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности – 1,1 ммоль/л  Триплексное сканирование брахиоцефальных сосудов: Толщина интимы медиа общей сонной артерии справа - 1,1 мм, слева — 1,3 мм.  ЭКГ в момент осмотра: Ритм правильный ЧСС 170 в мин. Зубец Р сливается с комплексом QRS. Комплекс QRS 0,08 сек, недеформирован |
| В | 1 | Опишите ЭКГ |
| В | 2 | Ваш диагноз |
| В | 3 | Ваша тактика |
| В | 4 | Ваша тактика в случае отказа пациента от госпитализации в стационар |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 60 таблеток эгилока. Назначьте его |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Н | - | 040 |
| У | - | Пациентка Л., 52 лет предъявляет жалобы на потерю сознания без судорог и прикусывания языка, дважды в течении настоящего дня.  Anamnesis morbi: 2 года назад отмечала однократный приступ потери сознания до 2 мин. Коронарография: Ствол левой короанрной артерии проходим. Огибающая артерия: стеноз 20%. Правая коронарная артерия: проходима. Сегодня дважды с интервалом с 3 ч потеряла сознания. Обратилась за медицинской помощью.  Anamnesisvitae: Туберкулез, вирусный гепатит отрицает  Лекарственный анамнез спокоен.  Status praesens: t 36,70С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Адекватна. Ориентирована в месте, времени, личности. Кожные покровы бледнорозового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнутри от левойсреднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 36 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен. Отеков нет.  ЭКГ в момент осмотра: Ритм правильный. Ритм возбуждения предсердий 100 в мин, ритм возбуждения желудочков 36 в мин. P–P < R–R. Комплекс QRS не деформирован |
| В | 1 | Опишите ЭКГ |
| В | 2 | Ваш диагноз |
| В | 3 | Ваша тактика |
| В | 4 | Ваша тактика после оказания высокотехнологичной медициснкой помощи |
| В | 5 | Выпишите рецепт на 50 таблеток торвакарда. Назначьте его |