

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора по
научной работе,
д.м.н., профессор Башкина О.А.

Башкина
«29» *мая* 20 *19* г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

Направление подготовки: 31.06.01 – Клиническая медицина

Направленность (профиль): Внутренние болезни

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация: Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения: очная, заочная

Срок освоения ОПОП: 3 года очная форма обучения, 4 года заочная форма

Кафедра: внутренних болезней педиатрического факультета, госпитальной терапии, пропедевтики внутренних болезней, факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования, поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины
Всего ЗЕТ – 6, всего часов – 216
из них: аудиторных занятий - 108 часов
в том числе: лекций - 18 часов
практических занятий - 72 часа
научно-практических занятий – 16 часов
консультаций – 2 часа
самостоятельная работа - 108 часов

Формы контроля:

Кандидатский экзамен 5 семестр - очная форма, 6 семестр – заочная форма

Астрахань – 20 *19*

Рабочая программа учебной дисциплины разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «03» сентября 2014г. № 1200 (ред. от 30.04.2015г); учебным планом по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина по направленности (профилю) Внутренние болезни, утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России «___» _____ 20__ г., Протокол № ____.

Рабочая программа учебной дисциплины обсуждена и одобрена на Центральном методическом совете _____

от «___» _____ 20__ г., Протокол № ____.

Руководитель ОПОП _____ / _____

подпись

Ф.И.О.

Согласовано:

Начальник отдела аспирантуры

и докторантуры _____ / _____

подпись

Ф.И.О.

1. Цель и задачи дисциплины:

Целью преподавания в аспирантуре по специальности «Внутренние болезни» является подготовка квалифицированных научных кадров, способных вести научно-исследовательскую работу, самостоятельно ставить и решать актуальные научные и медицинские задачи.

Задачи изучения дисциплины:

- приобретение и совершенствование профессиональных знаний и практических навыков по специальности;
- овладение современными методиками клинического, функционального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов;
- усвоение и применение известных, разработка новых современных методов лечения и реабилитации при внутренних болезнях;
- совершенствование знаний по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лекарственных препаратов;
- освоение принципов административной и организационно-методической работы по внутренним болезням, изучение действующих приказов и постановлений;
- усвоение принципов планирования научного исследования, навыков научного поиска современных методов обработки результатов, самостоятельного проведения анализа полученных данных, интерпретации полученных результатов, составления выводов и рекомендаций на основе проведенного научного анализа;
- расширение кругозора аспиранта путем повышения уровня общенаучной подготовки по философии, иностранному языку, основам информационных технологий и смежным медицинским специальностям;
- освоение навыков организации и участия в научных и профессиональных собраниях и конференциях;
- овладение основами педагогического мастерства, современными методами преподавания дисциплины и контролем качества осуществляемого преподавания;
- обучение практике чтения лекции, проведения семинарских и практических занятий, навыкам планирования и оценки преподавательской деятельности;
- приобретение навыков составления рабочих программ, планов тематического усовершенствования и т.д.

Место дисциплины в структуре ОПОП:

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина и профилю подготовки (направленности) – Внутренние болезни дисциплина (модуль) «Внутренние болезни» (Б1.В.01) относится к Вариативной части обязательных дисциплин подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации в аспирантуре.

Требования к результатам освоения дисциплины

Перечень знаний, умений и навыков при формировании компетенций в соответствии с ФГОС ВО:

Показатели освоения компетенции	Код
УК-1Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	
ЗНАТЬ: - методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	Код 31 (УК-1)
УМЕТЬ: -анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные риски реализации этих	Код У1 (УК-1)

<p>вариантов; -при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений.</p>	Код У2 (УК-1)
<p>ВЛАДЕТЬ: -навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; -навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.</p>	Код В1 (УК-1) Код В2 (УК-1)
УК-5 способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности	
<p>ЗНАТЬ: -сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности; -нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности.</p>	Код З1(УК-5) Код З2(УК-5)
<p>УМЕТЬ: -принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности; -применять методы, приемы и средства предотвращения и разрешения конфликтных ситуаций с учетом нравственно-этических норм; -осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность.</p>	Код У1 (УК-5) Код У2 (УК-5) Код У3 (УК-5)
<p>ВЛАДЕТЬ: -навыками профессионального сопровождения студентов в образовательной деятельности и профессионально-личностном развитии с учетом профессиональной этики; -навыками организации работы исследовательского коллектива на основе соблюдения принципов профессиональной этики.</p>	Код В1(УК-5) Код В2 (УК-5)
УК-6 способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития	
<p>ЗНАТЬ: -сущность, структуру и принципы процесса профессионально-творческого саморазвития; -методы профессионального и личностного самообразования, проектирования дальнейшего образовательного маршрута и профессиональной карьеры.</p>	Код З1(УК-6) Код З2(УК-6)
<p>УМЕТЬ -выстраивать индивидуальные траектории профессионально-творческого саморазвития; -организовывать собственную профессиональную деятельность, стимулирующую профессионально-личностное развитие.</p>	Код У1(УК-6) Код У2(УК-6)
<p>ВЛАДЕТЬ: -способами оценки сформированности профессионально-значимых качеств, необходимых для эффективного решения профессиональных задач; -умениями и навыками профессионально-творческого саморазвития на основе компетентностного подхода.</p>	Код В1(УК-6) Код В2(УК-6)
ОПК-1 способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины	

<p>ЗНАТЬ: -знать основные источники и методы поиска научной информации; -принципы доказательной медицины, теоретические основы информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении.</p>	<p>Код 31(ОПК-1) Код 32(ОПК-1)</p>
<p>УМЕТЬ: -использовать наиболее эффективные способы организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины; -определить перспективные направления научных междисциплинарных исследований; -формировать контент прикладного научного исследования; -выделять и обосновывать авторский вклад в проводимое прикладное научное исследование, оценивать его научную новизну и практическую значимость.</p>	<p>Код У1 (ОПК-1) Код У2 (ОПК-1) Код У3(ОПК-1) Код У4 (ОПК-1)</p>
<p>ВЛАДЕТЬ: -навыками организации и проведения прикладных научных исследований; -навыками совершенствования и развития своего научно-творческого потенциала ; -навыками разработки и реализации моделей и научных проектов в области биологии и медицины.</p>	<p>Код В1(ОПК-1) Код В2 (ОПК-1) Код В3 (ОПК-1)</p>
<p>ОПК-2 способность и готовность к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины</p>	
<p>ЗНАТЬ: -основной круг проблем, встречающихся в научной деятельности, и основные способы (методы, алгоритмы) их решения ; -пути осуществления комплексных исследований в области биологии и медицины; -современные методы научного исследования; -принципы и методы ретроспективного и проспективного анализа в научных исследованиях в области медицины.</p>	<p>Код 31(ОПК-2) Код 32(ОПК-2) Код 33 (ОПК-2) Код 34(ОПК-2)</p>
<p>УМЕТЬ: -определять перспективные направления научных междисциплинарных исследований, используя зарубежные источники; -анализировать, обобщать и систематизировать передовые достижения научной мысли в области медицины; -правильно, с научных позиций анализировать получаемую через средства научной коммуникации информацию и применять ее в научных исследованиях; -выделять и обосновывать авторский вклад в проводимые исследования, оценивать его научную новизну и практическую значимость.</p>	<p>Код У1 (ОПК-2) Код У2 (ОПК-2) Код У3(ОПК-2) Код У4 (ОПК-2)</p>
<p>ВЛАДЕТЬ: -современными методами, инструментами и технологией научно-исследовательской и проектной деятельности в области биологии и медицины; -навыками публикации результатов научных исследований, в том числе, в отечественных и зарубежных рецензируемых научных изданиях; -навыками отбора и анализа научной литературы на иностранном языке.</p>	<p>Код В1(ОПК-2) Код В2(ОПК-2) Код В3 (ОПК-2)</p>
<p>ОПК-4 готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</p>	
<p>ЗНАТЬ: -методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач;</p>	<p>Код 31(ОПК-4) Код 32(ОПК-4)</p>

<p>-основные понятия и объекты интеллектуальной собственности, правила составления и подачи заявки на выдачу патента на изобретение;</p> <p>-современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества жизни.</p>	<p>Код 33 (ОПК-4)</p>
<p>УМЕТЬ:</p> <p>-находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан;</p> <p>-оформлять и систематизировать методические рекомендации по использованию новых методов профилактики и лечения болезней человека;</p> <p>-анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов.</p>	<p>Код У1 (ОПК-4)</p> <p>Код У2(ОПК-4)</p> <p>Код У3(ОПК-4)</p>
<p>ВЛАДЕТЬ:</p> <p>-навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач в области здравоохранения;</p> <p>-навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов научной деятельности.</p>	<p>Код В1(ОПК-4)</p> <p>Код В2(ОПК-4)</p>
<p>ОПК-5 способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p>	
<p>ЗНАТЬ:</p> <p>-современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики для получения научных данных;</p> <p>-возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных.</p>	<p>Код 31(ОПК-5)</p> <p>Код 32(ОПК-5)</p>
<p>УМЕТЬ:</p> <p>-проводить оценку параметров лабораторных и инструментальных данных на государственном и иностранном языках;</p> <p>-применять разные методы и подходы к решению одних и тех же научных задач с использованием лабораторных и инструментальных баз;</p> <p>-определить объем необходимых лабораторно-инструментальных методов исследований.</p>	<p>Код У1(ОПК-5)</p> <p>Код У2 (ОПК-5)</p> <p>Код У3(ОПК-5)</p>
<p>ВЛАДЕТЬ:</p> <p>-навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики;</p> <p>-современными эффективными способами интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.</p>	<p>Код В1(ОПК-5)</p> <p>Код В2(ОПК-5)</p>
<p>ПК-1способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской работы в клинике внутренних болезней с выбором оптимальных методов исследования, соблюдением принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для медицинской отрасли наук.</p>	
<p>ЗНАТЬ:</p> <p>-современные теоретические и экспериментальные методы научного исследования в области терапии;</p> <p>-основные методы планирования, организации и проведения научно-исследовательской работы в области терапии;</p>	<p>Код 31 (ПК-1)</p> <p>Код 35 (ПК-1)</p>
<p>УМЕТЬ:</p> <p>-использовать прикладные знания для развития новейших научных подходов смежной ориентации на границах ряда научных дисциплин в области</p>	<p>Код У1(ПК-1)</p>

терапии.	
ВЛАДЕТЬ: -принципами доказательной медицины с целью получения новых научных закономерностей в клинике внутренних болезней.	Код В3 (ПК-1)
ПК-2 способность и готовность к внедрению результатов научной деятельности, новых методов и методик в практическое здравоохранение с целью повышения эффективности профилактики и лечения различных форм соматических заболеваний	
ЗНАТЬ: -современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в клинике внутренних болезней; -результаты научной деятельности, новых методов и методик с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных форм соматических заболеваний.	Код 31 (ПК-2) Код 34 (ПК-2)
УМЕТЬ: -самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области терапии; -получать новую информацию путем анализа данных из научных источников на государственном и иностранном языках.	Код У1(ПК-2) Код У2(ПК-2)
ВЛАДЕТЬ: -навыками самостоятельного приобретения знаний и умений, необходимых для ведения научно-исследовательской деятельности, напрямую не связанных с профилем подготовки; -навыками поиска научной информации; -новыми методами и методиками с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных форм соматических заболеваний.	Код В1 (ПК-2) Код В2 (ПК-2) Код В3 (ПК-2)

Раздел	Код освоения компетенции
Диагностика и лечение заболеваний системы дыхания.	УК-1: 31, У1, У2, В1, В2 УК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2
Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения.	УК-6: 31, 32, У1, У2, В1, В2 ОПК-1: 31, 32, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3
Диагностика и лечение заболеваний системы пищеварения.	ОПК-2: 31, 32, 33, 34, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3
Диагностика и лечение заболеваний почек.	ОПК-4: 31, 32, 33, У1, У2, У3, В1, В2
Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы.	ОПК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2 ПК-1: 31, 35, У1, В3
Диагностика и лечение заболеваний системы кроветворения.	ПК-2: 31, 34, У1, У2, В1, В2, В3
Диагностика и лечение аллергозов.	
Диагностика и лечение ревматических болезней.	
Диагностика и лечение лучевой болезни.	
Диагностика и лечение острых и хронических отравлений.	

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 ЗЕТ

№ п/п	Виды учебной работы	Всего часов
1.	Аудиторные занятия	108
	Лекции	18

	Практические занятия	72
	Научно-практические занятия	16
	Консультации	2
2.	Самостоятельная работа	108
	В том числе: самоподготовка (самостоятельное изучение разделов дисциплины), реферирование, подготовка к практическим занятиям и т.д.	

5. Содержание дисциплины

5.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Наименование раздела	Содержание раздела
1.	Диагностика и лечение заболеваний системы дыхания.	<p>Острые бронхиты и трахеобронхиты. Крупозная и очаговая пневмония. Абсцесс и гангрена легких. Хронический необструктивный бронхит. Хронические обструктивные болезни легких. Бронхоэктатическая болезнь. Бронхиальная астма. Аллергологическая диагностика. Гипосенсибилизация специфическая и неспецифическая. Астматический статус. Неотложная помощь. Дыхательная (легочная) недостаточность, острая и хроническая, типы, стадии. Методы изучения функции внешнего дыхания. Легочное сердце. Пневмокониозы (силикоз, силикатозы, бериллиоз, смешанные). Клинико-морфологические формы и стадии. Силикотуберкулез. Пылевые бронхиты. Методы профилактики. Рак легких. Плевриты сухие и экссудативные. Опухоли плевры. Пневмоторакс спонтанный и травматический. Инфаркт легких. Легочное кровотечение и кровохарканья. Неотложная помощь. Методы дыхательной реанимации. Диффузные заболевания легких (саркоидоз, альвеолит, эозинофильная пневмония, синдром Гудпасчера).</p>
2.	Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения.	<p>Артериальная гипертензия. Характеристика стадий и степеней гипертонической болезни. Гипертонические кризы. Осложнения и прогноз гипертонической болезни. Медикаментозное и не медикаментозное лечение.</p> <p>Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Методы выявления атеросклероза. Стенокардия, определение, классификация, клиническая и электрокардиографическая диагностика, пробы с дозированной физической нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, коронарография, лечение.</p> <p>Острый коронарный синдром. Острый инфаркт миокарда, клинические варианты, стадии, классификации. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая левожелудочковая</p>

недостаточность: сердечная астма и отек легких. Острые нарушения сердечного ритма и проводимости. Аневризма сердца острая и хроническая. Простеночный тромбэндокардит. Тромбоэмболии. Разрыв сердца. Фибрилляция желудочков. Синдром Дресслера. Рецидивирующие и повторные инфаркты миокарда. Купирование болевого кардиального синдрома при инфаркте миокарда. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия. Методы ограничения зоны некроза миокарда. Неотложная помощь при осложнениях. Мониторное наблюдение. Методы реанимации. Особенности терапии на догоспитальном этапе. Медицинская реабилитация. Атеросклеротический постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, сосудов мозга и нижних конечностей.

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Классификация. Диагностика. Определение степени активности. Основные клинические синдромы.

Приобретенные пороки сердца. Недостаточность митрального клапана. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Недостаточность клапанов аорты. Стеноз устья аорты. Недостаточность клапанов легочной артерии. Сочетанные и комбинированные пороки. Особенности нарушения гемодинамики при различных пороках сердца.

Инфекционный эндокардит.

Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Незаращение артериального протока. Коарктация аорты. Триада и тетрада Фалло. Комплекс Эйзенменгера.

Пролапс митрального клапана.

Диагностическое значение эхо- и доплеехокардиографического, рентгенологического, электрокардиографического исследований. Зондирование сердца и крупных сосудов, ангиография.

Кардиомиопатии: клиника, диагностика, лечение.

Аневризма аорты.

Острые перикардиты сухие и экссудативные.

Хронические констриктивные перикардиты.

Вегетососудистая дистония.

Нарушения ритма сердца и проводимости.

Синусовая брадикардия, тахикардия и аритмия. Экстрасистолия. Мерцание и трепетание предсердий. Блокады проводящей системы сердца. Фибрилляция желудочков. Медикаментозная терапия. Электрическая дефибрилляция.

Искусственные водители ритма сердца.

Хроническая застойная сердечная

		<p>недостаточность. Классификации. Методы исследования глобальной и регионарной систолической и диастолической функции миокарда, центральной гемодинамики. Понятие о пред - и после нагрузки. Медикаментозное, не медикаментозное лечение сердечной недостаточности.</p>
3.	<p>Диагностика и лечение заболеваний системы пищеварения.</p>	<p>Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Злокачественные и доброкачественные опухоли пищевода.</p> <p>Методы исследования функции и диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Острый гастрит. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования <i>Helicobacter pylori</i> и эффективности эрадикационной терапии. Постгастрорезекционные расстройства. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка.</p> <p>Методы диагностики заболеваний печени и желчевыводящих путей. Аномалии желчного пузыря. Функциональные расстройства билиарного тракта. Холецистит острый и хронический. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Опухоли билиарной системы, доброкачественные и злокачественные. Опухоли желчного пузыря и желчных протоков, большого дуоденального сосочка. Гепатиты острые и хронические, эпидемиология, этиология, классификация, лечение, интерферонотерапия, показания и противопоказания. Циррозы печени, эпидемиология, этиология, классификация, морфологические изменения, диагностика различных форм цирроза печени, исходы заболевания, осложнения цирроза печени, фульминантная печеночная недостаточность, печеночная кома, скрытая печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия. Принципы лечения циррозов</p>

		<p>печени. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора), порфирии, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Вильсона-Коновалова. Болезни накопления, жировой гепатоз, гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия, амилоидоз печени. Первичный склерозирующий холангит. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</p> <p>Острые и хронические панкреатиты, классификация, лечение. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы.</p> <p>Синдром раздраженного кишечника. Дисбактериоз кишечника. Доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника. Хронический энтерит. Энтеропатии. Синдром мальабсорбции. Недифференцированный колит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона.</p>
4.	Диагностика и лечение заболеваний почек.	<p>Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко, ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек. Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления. Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа. Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации. Амилоидоз почек. Нефротический синдром. Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь. Нефропатия беременных. Заболевания крупных сосудов почек. Опухоли почек. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, скрининг и мониторинг.</p>
5.	Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы.	<p>Диффузный токсический зоб. Методы определения функции щитовидной железы и степени тяжести тиреотоксикоза. Тиреотоксическое сердце. Тиреотоксическая кома. Медикаментозное, лучевое, хирургическое лечение. Лечение осложнений. Узловой/многоузловой зоб. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз.</p> <p>Сахарный диабет. Классификации. Лабораторные методы диагностики. Особенности сахарного диабета в юношеском и пожилом возрасте, при ожирении. Осложнения. Кетоацидотическая, гиперосмолярная, гипогликемическая комы. Макро- и микроангиопатии. Принципы лечения сахарного диабета I и II типа. Лечение коматозных состояний и осложнений.</p> <p>Акромегалия. Несахарный диабет.</p>

		<p>Гипоталамический синдром.</p> <p>Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Методы неотложной терапии. Болезнь и синдром Иценко – Кушинга. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Синдром Конна. Первичный и вторичный гиперальдостеронизм. Феохромоцитома. Функциональные пробы.</p>
6.	<p>Диагностика и лечение заболеваний системы кроветворения.</p>	<p>Анемия. Классификации. В₁₂ - (фолиево) - дефицитная анемия. Болезнь Аддисона – Бирмера. Гипо-апластическая анемия. Анемии токсические, при лучевой болезни и карциноматозе. Агранулоцитоз. Гемолитические анемии. Врожденные эритроцитопатии. Гемоглинопатии. Энзимдефицитные гемолитические анемии. Гемоглобинурии, холодовая, маршевая. Приобретенная аутоиммунная анемия. Гемолитические кризы.</p> <p>Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.</p> <p>Эритремия и эритроцитозы первичные и вторичные.</p> <p>Миеломная болезнь. Макроглобулинемия Вальденстрема.</p> <p>Лимфогрануломатоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенье-Бека-Шаумана).</p> <p>Геморрагические диатезы. Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции. Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии. Симптоматические тромбоцитопении. Фибринопенические и фибринолитические кровотечения. Геморрагический васкулит. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.</p>
7	<p>Диагностика и лечение аллергических заболеваний.</p>	<p>Аллергические реакции немедленного и замедленного типа. Патофизиология и клинические проявления аллергических реакций. Лекарственная болезнь. Сывороточная болезнь. Генерализованная крапивница. Ангионевротический отек. Анафилактический шок. Методы неотложной терапии.</p>
8	<p>Диагностика и лечение ревматических болезней.</p>	<p>Системные заболевания соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, смешанное заболевание соединительной ткани, синдром Шегрена, антифосфолипидный синдром.. Клиника. Основные синдромы. Варианты течения. Методы диагностики. Принципы лечения.</p> <p>Системные васкулиты: узелковый полиартериит, геморрагический васкулит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный артериит, синдром Гудпасчера,</p>

		<p>облитерирующий тромбангиит. Основные клинические формы. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз различных форм. Принципы лечения.</p> <p>Дифференциальная диагностика и лечение воспалительных и дегенеративных заболеваний суставов: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Рейтера, псориатическая артропатия, подагра, пирофосфатные артропатии, остеоартроз.</p>
9	Диагностика и лечение лучевой болезни.	Острая и хроническая лучевая болезнь. Стадии, формы и степени тяжести. Изменения со стороны системы крови и других органов. Особенности лучевой болезни от наружного и внутреннего облучения. Специальные методы диагностики. Современные методы лечения.
10	Диагностика и лечение острых и хронических отравлений.	Острая и хроническая алкогольная интоксикация. Острая и хроническая наркотическая интоксикация. Отравления снотворными, концентрическими кислотами и щелочами, фосфоорганическими соединениями, грибами.

6. Распределение трудоемкости (очная/заочная форма обучения)

6.1. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в академ.ч.)					Виды оценочных средств
		Л	ПЗ	НПЗ	Конс	СР	
1	Диагностика и лечение заболеваний системы дыхания	2	8	2		18	Собеседование по ситуационным задачам
2	Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения	3	12	2		18	Собеседование по ситуационным задачам
3	Диагностика и лечение заболеваний системы пищеварения	2	8	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
4	Диагностика и лечение заболеваний почек	2	8	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
5	Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы	2	8	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
6	Диагностика и лечение заболеваний системы кроветворения	2	8	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
7	Диагностика и лечение аллергических заболеваний	1	4	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
8	Диагностика и лечение ревматических болезней	2	8	2		9	Собеседование по ситуационным задачам
9	Диагностика и лечение лучевой болезни	1	4	-		9	Собеседование по ситуационным

							задачам
10	Диагностика и лечение острых и хронических отравлений	1	4	-		9	Собеседование по ситуационным задачам
	Итого	18	72	16	2	108	

6.2. Распределение лекций

№ п/п	Наименование тем лекций	Объем в часах
1	Плевриты и пневмонии. Хроническая обструктивная болезнь легких.	1
2	Легочное сердце. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение	1
3	Артериальная гипертензия. Диагностика. Лечение.	1
4	ИБС. Инфаркт миокарда. Критерии диагностики инфаркта миокарда (клинические, лабораторные, ЭКГ-признаки). Осложнения.	1
5	Кардиомиопатии. Классификация. Диагностика. Лечение.	1
6	Диагностика и лечение заболеваний пищевода, желудка, кишечника	1
7	Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы	1
8	Диагностика заболеваний почек	1
9	Острая и хроническая почечная недостаточность	1
10	Диагностика и лечение сахарного диабета	1
11	Диагностика и лечение патологии надпочечников	1
12	Диагностика и лечение лейкозов	1
13	Геморрагические диатезы	1
14	Аллергические заболевания: клиника, диагностика, лечение	1
15	Диагностика и лечение болезней суставов	1
16	Диагностика и лечение коллагенозов	1
17	Лучевая болезнь	1
18	Острые и хронические отравления	1
	Всего	18

6.3. Распределение практических занятий

Раздел	Наименование тем практических занятий	Объем в часах
Диагностика и лечение заболеваний системы дыхания.	Острые бронхиты и трахеобронхиты.	1
	Хронический необструктивный бронхит.	
	Крупозная и очаговая пневмония. Абсцесс и гангрена легких.	1
	Хроническая обструктивная болезнь легких. Бронхоэктатическая болезнь.	1
	Бронхиальная астма. Аллергологическая диагностика. Гипосенсибилизация специфическая и неспецифическая. Астматический статус. Неотложная помощь.	1
	Пневмокониозы (силикоз, силикатозы, бериллиоз, смешанные). Клинико-морфологические формы и стадии. Силикотуберкулез. Пылевые бронхиты. Методы профилактики.	1
	Рак легких. Инфаркт легких.	1
	Легочное кровотечение и кровохарканья. Неотложная	1

	помощь. Методы дыхательной реанимации	
	Дыхательная (легочная) недостаточность, острая и хроническая, типы, стадии. Методы изучения функции внешнего дыхания.	1
Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения.	Артериальная гипертензия. Характеристика стадий и степеней гипертонической болезни. Гипертонические кризы. Осложнения и прогноз гипертонической болезни. Медикаментозное и не медикаментозное лечение.	1
	Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Методы выявления атеросклероза. Стенокардия, определение, классификация, клиническая и электрокардиографическая диагностика, пробы с дозированной физической нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, коронарография, лечение.	1
	Острый коронарный синдром. Острый инфаркт миокарда, клинические варианты, стадии, классификации. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая левожелудочковая недостаточность: сердечная астма и отек легких. Острые нарушения сердечного ритма и проводимости. Аневризма сердца острая и хроническая. Простеночный тромбэндокардит. Тромбоэмболии. Разрыв сердца. Фибрилляция желудочков. Синдром Дресслера. Рецидивирующие и повторные инфаркты миокарда. Купирование болевого кардиального синдрома при инфаркте миокарда. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия. Методы ограничения зоны некроза миокарда. Неотложная помощь при осложнениях. Мониторное наблюдение. Методы реанимации. Особенности терапии на догоспитальном этапе. Медицинская реабилитация. Атеросклеротический постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, сосудов мозга и нижних конечностей.	2
	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Классификация. Диагностика. Определение степени активности. Основные клинические синдромы.	1
	Приобретенные пороки сердца. Недостаточность митрального клапана. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Недостаточность клапанов аорты. Стеноз устья аорты. Недостаточность клапанов легочной артерии. Сочетанные и комбинированные пороки. Особенности нарушения гемодинамики при различных пороках сердца.	1
	Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Незаращение артериального протока. Коарктация аорты. Триада и тетрада Фалло. Комплекс Эйзенменгера. Проплапс митрального клапана.	1
	Инфекционный эндокардит. Диагностическое	1

	значение эхо- и доплерокардиографического, рентгенологического, электрокардиографического исследований. Зондирование сердца и крупных сосудов, ангиография.	
	Аневризма аорты. Вегетососудистая дистония.	1
	Острые перикардиты сухие и экссудативные. Хронические констриктивные перикардиты.	1
	Нарушения ритма сердца и проводимости. Синусовая брадикардия, тахикардия и аритмия. Экстрасистолия. Мерцание и трепетание предсердий. Блокады проводящей системы сердца. Фибрилляция желудочков. Медикаментозная терапия. Электрическая дефибрилляция. Искусственные водители ритма сердца.	2
Диагностика и лечение заболеваний системы пищеварения.	Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Злокачественные и доброкачественные опухоли пищевода.	1
	Методы исследования функции и диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Острый гастрит. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.	1
	Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования <i>Helicobacter pylori</i> и эффективности эрадикационной терапии. Постгастрорезекционные расстройства. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка.	1
	Методы диагностики заболеваний печени и желчевыводящих путей. Аномалии желчного пузыря. Функциональные расстройства билиарного тракта. Холецистит острый и хронический. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Опухоли билиарной системы, доброкачественные и злокачественные. Опухоли желчного пузыря и желчных протоков, большого дуоденального сосочка.	1
	Гепатиты острые и хронические, эпидемиология,	1

	этиология, классификация, лечение, интерферонотерапия, показания и противопоказания.	
	Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора), порфирии, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Вильсона-Коновалова. Болезни накопления, жировой гепатоз, гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия, амилоидоз печени. Первичный склерозирующий холангит. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.	1
	Острые и хронические панкреатиты, классификация, лечение. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы.	1
	Синдром раздраженного кишечника. Дисбактериоз кишечника. Доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника. Хронический энтерит. Энтеропатии. Синдром мальдигестии и малабсорбции. Недифференцированный колит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона.	1
Диагностика и лечение заболеваний почек.	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко, ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек.	1
	Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления.	1
	Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа.	1
	Амилоидоз почек. Нефротический синдром.	1
	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	1
	Нефропатия беременных.	1
	Заболевания крупных сосудов почек. Опухоли почек.	1
	Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, скрининг и мониторинг.	1
Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы.	Сахарный диабет. Классификации. Лабораторные методы диагностики. Особенности сахарного диабета в юношеском и пожилом возрасте, при ожирении.	1
	Осложнения. Кетоацидотическая, гиперосмолярная, гипогликемическая комы. Макро- и микроангиопатии. Принципы лечения сахарного диабета I и II типа. Лечение коматозных состояний и осложнений.	2
	Акромегалия. Несахарный диабет. Гипоталамический синдром.	1
	Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Методы неотложной терапии.	2
	Болезнь и синдром Иценко – Кушинга. Лабораторные	1

	и инструментальные методы диагностики.	
	Синдром Конна. Первичный и вторичный гиперальдостеронизм. Феохромоцитома. Функциональные пробы.	1
Диагностика и лечение заболеваний системы кроветворения.	Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.	2
	Эритремия и эритроцитозы первичные и вторичные.	1
	Миеломная болезнь. Макроглобулинемия Вальденстрема.	1
	Лимфогрануломатоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенъе-Бека-Шаумана).	1
	Геморрагические диатезы. Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.	1
	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии. Симптоматические тромбоцитопении. Фибринопенические и фибринолитические кровотечения. Геморрагический васкулит.	1
	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	1
Диагностика и лечение аллергических заболеваний.	Аллергические реакции немедленного и замедленного типа. Патофизиология и клинические проявления аллергических реакций.	2
	Лекарственная болезнь. Сывороточная болезнь.	2
Диагностика и лечение ревматических болезней.	Системная красная волчанка. Клиника. Основные синдромы. Варианты течения. Методы диагностики. Принципы лечения	1
	Системная склеродермия. Клиника. Основные синдромы. Варианты течения. Методы диагностики. Принципы лечения.	1
	Дерматомиозит, смешанное заболевание соединительной ткани. Клиника. Основные синдромы. Варианты течения. Методы диагностики. Принципы лечения.	1
	Синдром Шегрена, антифосфолипидный синдром. Клиника. Основные синдромы. Варианты течения. Методы диагностики. Принципы лечения.	1
	Ревматоидный артрит, клиника, диагностика, лечение	1
	Болезнь Бехтерева, болезнь Рейтера, псориатическая артропатия. Клиника, диагностика, лечение	1
	Подагра, пирофосфатные артропатии. Клиника, диагностика, лечение	1
	Остеоартроз. Клиника, диагностика, лечение	1
Диагностика и лечение лучевой болезни.	Острая и хроническая лучевая болезнь. Стадии, формы и степени тяжести. Изменения со стороны системы крови и других органов.	2
	Особенности лучевой болезни от наружного и	2

	внутреннего облучения. Специальные методы диагностики. Современные методы лечения.	
Диагностика и лечение острых и хронических отравлений.	Острая и хроническая алкогольная интоксикация. Острая и хроническая наркотическая интоксикация.	2
	Отравления снотворными, концентрическими кислотами и щелочами, фосфоорганическими соединениями, грибами.	2
	Итого (всего - часов)	72

6.4. Распределение научно-практических занятий

Раздел	Наименование тем научно-практических занятий	Объем в часах
Диагностика и лечение заболеваний системы дыхания.	Диффузные заболевания легких (саркоидоз, альвеолит, эозинофильная пневмония, синдром Гудпасчера).	1
	Плевриты сухие и экссудативные. Опухоли плевры. Пневмоторакс спонтанный и травматический.	1
Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения.	Хроническая застойная сердечная недостаточность. Классификации. Методы исследования глобальной и регионарной систолической и диастолической функции миокарда, центральной гемодинамики. Понятие о пред - и после нагрузки.	1
	Медикаментозное, не медикаментозное лечение сердечной недостаточности.	1
Диагностика и лечение заболеваний системы пищеварения.	Циррозы печени, эпидемиология, этиология, классификация, морфологические изменения, диагностика различных форм цирроза печени, исходы заболевания.	1
	Осложнения цирроза печени, фульминантная печеночная недостаточность, печеночная кома, скрытая печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия. Принципы лечения циррозов печени	1
Диагностика и лечение заболеваний почек.	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика, лечение.	1
	Хронический гломерулонефрит. Классификации. Клиника, диагностика. Лечение.	1
Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы.	Диффузный токсический зоб. Методы определения функции щитовидной железы и степени тяжести тиреотоксикоза. Тиреотоксическое сердце. Тиреотоксическая кома. Медикаментозное, лучевое, хирургическое лечение. Лечение осложнений.	1
	Узловой/многоузловой зоб. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз.	1
Диагностика и лечение заболеваний системы кроветворения.	Анемия. Классификации. В ₁₂ - (фолиево) - дефицитная анемия. Болезнь Аддисона – Бирмера. Гипо-апластическая анемия. Анемии токсические, при лучевой болезни и карциноматозе. Агранулоцитоз.	1

		Гемолитические анемии. Врожденные эритроцитопатии. Гемоглобинопатии. Энзимдефицитные гемолитические анемии. Гемоглобинурии, холодовая, маршевая. Приобретенная аутоиммунная анемия. Гемолитические кризы.	1
Диагностика и лечение аллергических заболеваний.		Генерализованная крапивница. Ангионевротический отек. Методы неотложной терапии.	1
		Анафилактический шок. Методы неотложной терапии.	1
Диагностика и лечение ревматических болезней.		Системные васкулиты: узелковый полиартериит, геморрагический васкулит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный артериит, синдром Гудпасчера, облитерирующий тромбангиит. Основные клинические формы. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз различных форм. Принципы лечения.	2
		Итого (всего - часов)	16

6.5. Распределение самостоятельной работы

№ п/п	Наименование вида самостоятельной работы	Объем в часах
	Работа с лекционным материалом, учебной и научной литературой	18
	Работа с нормативными документами	18
	Написание рефератов, подготовка докладов, выступлений	18
	Решение ситуационных задач	18
	Подготовка к промежуточной аттестации	36
	Итого (всего - часов)	108

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература

1. Маколкин В.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3335-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>
2. Моисеев В.С., Внутренние болезни. В 2 т. Т.1. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 960 с. - ISBN 978-5-9704-3310-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433102.html>
3. Внутренние болезни : учебник в двух томах / ред. : В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа". Т. 2. - 2012. - 895 с. : ил.
4. Моисеев В.С., Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-3311-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html>
5. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи : учебное пособие / В. И. Маколкин, В. А. Сулимов, С. И. Овчаренко, Н. С. Морозова. - М : "ГЭОТАР - Медиа", 2011. - 295 с. : ил.
6. Маколкин В.И., Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс] : учебное пособие / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др. - М. : ГЭОТАР-

Медиа, 2014. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2765-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427651.html>

7. Дедов Иван Иванович. Эндокринология : учебник : Рекомендовано УМО / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2 - е изд., перераб и доп. - М. : "ГЭОТАР - Медиа", 2012. - 422 с. :

8. Дедов Иван Иванович. **Эндокринология** : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 3- е изд., перераб. и доп. - М. : Изд-во "Литтерра", 2015. - 412 с. - 1100.00

9. **Эндокринология** : Общие вопросы диагностики болезней. Современные знания об эндокринной системе и клиническая практика. Клиническая **эндокринология** : [рук. для врачей] / А. В. Древаль. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 533 с. - 700.00.

7.2. Дополнительная литература

1. Беленков Ю.Н. Терновой С.К. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство М.; ГЭОТАР-Медиа, 2007

2. Беленков Юрий Никитич. **Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний** / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 975 с. : ил. - 1500.00.

3. **Гастроэнтерология : нац. рук.** : [с компакт-диском] / ред. : В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 700 с. - (Национальные руководства). - с компакт-диском. - 1500.00.

4. **Внутренние болезни (в таблицах и схемах)** : справочник / А. Б. Зборовский, И. А. Зборовская. - 3- е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2011. - 668с. - 1147.00.

5. **Кардиология : нац. рук.** / Р. С. Акчурин [и др.], ред. Е. В. Шляхто. - 2 - е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 796 с. : ил. - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце гл. - 1800.00.

6. Кардиология: нац. рук.: [с прил. на компакт-диске]/ под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с.

7. Кардиология : клин. рек. / гл. ред. : Ю. Н. **Беленков**, Р. Г. Оганов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 623, [1] с. - Библиогр. : с. 623-624. - 500.00.

8. **Беленков** Юрий Никитич. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. **Беленков**, С. К. Терновой. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 975 с. : ил. - 1500.00.

9. Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н.С. Внутренние болезни: тесты и ситуационные задачи., Москва, 2012.

10. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи : учеб. пособие / В. И. **Маколкин**, В. А. Сулимов, С. И. Овчаренко, Н. С. Морозова. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 295 с. : ил. - 300.00

11. Шляхто Е.В., Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]/ под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 816 с. : ил. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-5397-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453971.html>

12. Нефрология: [нац. рук.] / гл. ред.: Н. А. Мухин ; отв. ред.: В. В. Фомин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 716 с.

13. **Нефрология**. Т. 2 : Почечная недостаточность : руководство для врачей / С. И. Рябов [и др.]. - СПб. : СпецЛит., 2013. - 232 с.

14. Коган Е.А., Патология органов дыхания [Электронный ресурс] / Коган Е.А., Кругликов Г.Г., Пауков В.С., Соколова И.А., Целуйко С.С. - М. : Литтерра, 2013. - 272 с. - ISBN 978-5-4235-0076-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html>

15. Ивашкин Владимир Трофимович. Пропедевтика внутренних болезней. **Пульмонология** : учеб. пособие / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 174, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 175. - 450.00.

16. Казанцев В.А., Внебольничная пневмония [Электронный ресурс] / В.А. Казанцев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3817-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438176.html>
17. Ахмедов В.А., Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации [Электронный ресурс] / В.А. Ахмедов [и др.] ; под ред. В.А. Ахмедова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3872-5 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438725.html>
18. Муртазин А.И., Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества [Электронный ресурс] / Муртазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-4838-0 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448380.html>
19. Чучалин А.Г., Пульмонология [Электронный ресурс] / под ред. Чучалина А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453230.html>
20. Ревматология (Клинические рекомендации) под редакцией Е.Л. Насонова М., ГЭОТАР-Медиа, 2010
21. Внутренние болезни : рук. к практ. занятиям по госпит. терапии / В. Г. Ананченко [и др.], ред. Л. И. Дворецкий. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 451 с : ил. - 730.00.
22. Дворецкий Л.И., Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс] / Дворецкий Л. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>
23. **Ковальчук Леонид Васильевич.** Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Л. В. **Ковальчук**, Л. В. Ганковская, Р. Я. Мешкова. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 639 с. : ил. - Библиогр. : с. 630-631. - 1350.00
24. Рукавицын О.А., Гематология [Электронный ресурс] / под ред. Рукавицына О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5270-7 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452707.html>
25. **Сумин Сергей Александрович.** Неотложные состояния : рекомендовано уму по мед. и фарм. образов. вузов России в качестве учеб. пособия для студ. мед. вузов / С. А. **Сумин**. - 8-е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2013. - 1098 с. - Библиогр. в конце гл. - 1300.00.
26. Экстренные и неотложные состояния : учеб. пособие для подгот. кадров высш. квалификации / С. А. **Сумин**, К. Г. Шаповалов. - М. : МИА, 2019. - 616 с. : ил. - Библиогр. в конце гл. - ISBN 978-5-9986-0362-4 : 1300.00.
27. **Введение в гематологию** : учебно-метод. пособие / Т. В. Прокофьева [и др.]. - Астрахань : АГМА, 2012. - 79 с. - Библиогр. : с. 78. - 216.00.
28. **Дедов Иван Иванович.** Эндокринология : учебник / И. И. **Дедов**, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 3- е изд., перераб. и доп. - М. : Изд-во "Литтерра", 2015. - 412 с. - 1100.00.
29. Нефрология. Ревматология : [учебное пособие] / ред. **Николас А. Бун**, Ники Р. Колледж, Брайн Р. Уолкер, Джон А. А. Хантер. - М : РИД ЭЛСИВЕР, 2010. - 233, [1]с. - Библиогр. : с. 231. - 100.00.
30. **Ивашкин Владимир Трофимович.** Пропедевтика внутренних болезней = Internal diseases propedeutics : учеб. пособие (на англ. яз.) / В. Т. **Ивашкин**, А. В. Охлобыстин. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 176 с. : ил. - 500.00.
31. **Ивашкин Владимир Трофимович.** Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология : учеб. пособие / В. Т. **Ивашкин**, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 174, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 175. - 450.00.
32. **Ивашкин Владимир Трофимович.** Пропедевтика внутренних болезней. Кардиология : учеб. пособие / В. Т. **Ивашкин**, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 266, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 267. - 600.00.
33. Госпитальная терапия : учебник / А. С. **Балабанов** [и др.]. - СПб. : СпецЛит., 2014. - 471 с. - Библиогр. : с. 470-471. - 600.00

34. **Ройтберг Григорий Ефимович.** Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учебное пособие / Г. Е. **Ройтберг**, А. В. Струтынский. - 3-е изд. - М. : "МЕДпресс - информ", 2013. - 895 с. - Библиогр. : с. 894-895. - 1450.00.

35. **Стрюк Раиса Ивановна.** Внутренние болезни : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования, обуч. по специальности 060201.65 "Стоматология" по дисциплине "Внутренние болезни, клиническая фармакология" / Р. И. **Стрюк**, И. В. Маев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 542 с. - Библиогр. : с. 537. - 725.00.

36. Мкртумян А.М., Неотложная эндокринология [Электронный ресурс] / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4410-8 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444108.html>

37. Дворецкий Л.И., Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс] / Дворецкий Л. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>

38. Дворецкий Л.И., Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс] / Ананченко В.Г. и др. / Под ред. Л.И. Дворецкого - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 456 с. - ISBN 978-5-9704-1397-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413975.html>

7.3. Базы данных, справочные и поисковые системы, интернет ресурсы, ссылки

- Российская национальная библиотека (<http://www.nlr.ru>)
- Центральная научная медицинская библиотека (<http://www.scsml.rssi.ru>)
- База данных MEDLINE/Pubmed (www.pubmed.com), www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez
- Электронная научная библиотека (<http://www.elibrary.ru>)
- Электронная библиотечная система «Консультант студента» (<http://www.studmedlib.ru>)
- Клинические рекомендации профессиональных медицинских обществ России (<http://www.klinrek.ru>)
- Формулярная система в России (<http://www.formular.ru>)
- Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России» (<http://www.vidal.ru>)
- Электронный фармакологический справочник для врачей (<http://www.medi.ru>)
- Национальная электронная медицинская библиотека (<http://www.nemb.ru>)
- Медицинская электронная библиотека (<http://www.medstudy.narod.ru>)
- Всероссийский медицинский портал (<http://www.bibliomed.ru>)
- Сайт Астраханского государственного медицинского университета (<http://www.astgmu.ru>)
- Интернет – портал «Консультант Плюс» - законодательство Российской Федерации:
 - а). «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»
 - б). Законы, указы, постановления, нормативно-правовые акты<http://www.base.consultant.ru/cons/cgi?red=doc;base=LAW;n=58254>
- Русский медицинский сервер (<http://www.rusmedserv.com>)
- Российское кардиологическое общество (<http://www.scardio.ru>)
- Российская гастроэнтерологическая ассоциация (<http://www.gastro.ru>)
- Российское респираторное общество (<http://www.pulmonology.ru>)
- Единое окно доступа к образовательным ресурсам (<http://windou.edu.ru>)
- Справочник врача. /Консилиум-медикум. Журнал доказательной медицины для практикующих врачей (<http://www.consilium-medicum.com>)
- WEB-медицина (<http://www.webmed.irkutsk.ru>)
- ИНОСТРАННЫЕ ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ КНИГИ И СТАТЬИ В СВОБОДНОМ ДОСТУПЕ: www.freemedicaljournals.com, www.freebooks4doctors.com
- Медицинская библиотека (<http://medlib.ws>)
- Журналы издательства "Медиа Сфера" (<http://www.mediasphera.ru>)
- Медицинский портал WEBmedINFO (<http://www.webmedinfo.ru>)

- База данных Стэнфордского университета <http://highwire.stanford.edu/lists/freeart.dtl>)

8. Материально-техническое и кадровое обеспечение дисциплины

8.1. Кадровое обеспечение

№ п/п	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (штатный, внутренний/внешний совместитель, по договору)	Должность, ученая степень, ученое звание	Стаж практической работы по профилю образовательной программы
1	Демидов Алексей Александрович	Основное место работы	Д.м.н., профессор. Зав. кафедрой госпитальной терапии	
	Абдрашитова Аделя Тафкильевна	Основное место работы	Д.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии	16
	Эсаулова Татьяна Алексеевна	Внешний совместитель	Д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной терапии	
	Полунина Ольга Сергеевна	Основное место работы	Д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета	
	Полунина Екатерина Андреевна	Основное место работы	Д.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета	
	Воронина Людмила Петровна	Основное место работы	Д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней педиатрического факультета	
	Прокофьева Татьяна Васильевна	Основное место работы	К.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета	
	Антонян Виталина Викторовна	Основное место работы	Д.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней	
	Левитан Болеслав	Основное место	Д.м.н., профессор,	

	Наумович	работы	заведующий кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования	
	Овсянникова Елена Георгиевна	Основное место работы	Д.м.н.. доцент, доцент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования	
	Попов Евгений Антонович	Основное место работы	Д.м.н.. профессор, Зав. кафедрой поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины	

8.2. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы (с указанием адреса и площади)	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы оборудования
	Помещения для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации по адресу г. Астрахань, ул. Татищева, д. 2, ул. Хибинская, д.2, ул. Кубанская д.1, ул. Кубанская д.5. ул. Бакинская, д.121, литер А, 5 этаж, симуляционный центр	Комплект учебной мебели для преподавателя и обучающихся на 12 посадочных мест. Демонстрационное оборудование: мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран); таблицы; наборы наглядных материалов по различным разделам дисциплины (анализы, электрокардиограммы, рентгенограммы; набор методических пособий.
	Помещение для самостоятельной работы по адресу г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, литер А, 2 этаж, аудитория 243а, 243б	Учебно-специализированная мебель: столы 70, стулья 70. Демонстрационное оборудование: компьютеры 17 шт., с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно образовательную среду организации.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора по
научной работе,
д.м.н., профессор Башкина О.А.

О.А. Башкина
«29» *мая* 20 *19* г.

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля)

«Внутренние болезни»

Направление подготовки: 31.06.01 – Клиническая медицина

Направленность (профиль): Внутренние болезни

Квалификация: Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения: очная, заочная

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

Вызов специалистов неотложной медицинской помощи на дом. Мужчина, 31 год, жалуется на внезапный сильный приступ нестабильного дыхания. Во время приезда бригады скорой помощи больной сидит на диване, руками опирается на его край, тяжело дышит. Кожа бледная и влажная. Носовое дыхание затрудненное. Живот мягкий, печень и селезенка в норме.

Собранный анамнез: аналогичные приступы у больного наблюдались и прежде, очень редко и намного слабее. Настоящий приступ проявился неожиданно. Видимо из-за того, что в помещении идет ремонт, присутствуют сильные запахи краски и других ремонтных материалов. При осмотре зафиксировано ослабленное легочное дыхание, ЧДД — 26 в мин. На расстоянии слышны сухие хрипы. Сердечные тоны ясные, ЧСС — 92 за 1 мин. АД — в норме (120/75). Пациент не отечный.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите срочные врачебные действия.
3. Составьте план обследования пациента в амбулаторных условиях.
4. Определите дальнейшую тактику ведения пациента.

ЗАДАЧА 2

Пациентка, 32 года. Жалобы на ночные и утренние атаки удушья. Приступы наблюдаются около 2 лет. По рассказу пациентки в семье имеются прямые родственники с диагнозом «бронхиальная астма». Около 1 года назад пациентке было рекомендовано пройти аллергологическое обследование, в ходе которого была выявлена аллергическая реакция на перья постельных принадлежностей и домашнюю пыль.

После лечения и замены подушки атаки удушья ушли. Повторные приступы начали появляться после перенесенного ОРВИ. Во время аускультации были выявлены сухие хрипы в легких. По данным Спирографии ОФВ1 72%, после ингаляции 2 доз Сальбутамола ОФВ1 88% от должного. В ОАК количество Лейкоцитов $8,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 6%. Общий IgE 250 МЕ/мл

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно современной классификации
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза
3. Назначьте терапию соответствующей степени
4. Определите дальнейшую тактику ведения пациента

ЗАДАЧА 3

Пациент — мужчина 35 лет. Находится в стационаре, жалуется на сильные и длительные атаки удушья, которые сопровождаются влажным кашлем со слизью. Согласно анамнезу пациент несколько лет назад перенес гнойно-обструктивный бронхит, после которого периодически стали проявляться моменты нехватки воздуха. Эффекта бытовой элиминации, со слов пациента, нет.

Данное ухудшение начало проявляться около 2 недель назад. Дистанционно выслушиваются грубые хрипы, дыхание свистящее, с затрудненным выдохом. Сидит упираясь о кровать. Одышка в покое. ЧДД 24 в минуту. Грудная клетка в положении максимального вдоха, в дыхании принимает участие вспомогательная мускулатура. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, на выдохе масса сухих разнокалиберных хрипов по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ЧСС 124 в минуту.

Были назначены лекарственные препараты для купирования острого приступа. Далее назначено аллергологическое обследование, в ходе которого была выявлена положительная внутрикожная проба со стафилококком (+++).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите, как проводить купирование острого приступа удушья

3. Укажите, какие методы инструментального и лабораторного исследования необходимы для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

4. Сформулируйте план лечения пациента после купирования приступа удушья в стационаре, на амбулаторном этапе после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 4

Пациентка в течение многих лет мучается от приступов удушья. Течение болезни последние 3 года носило тяжелый характер, женщина жаловалась на частые ухудшения самочувствия. 2 года назад лечащим врачом был назначен преднизолон (10 мг в сутки). Самочувствие быстро улучшилось, поэтому пациентка самостоятельно отменила прием лекарства. Через 2 недели после того, как медикамент был отменен, пациентка почувствовала сильную нехватку воздуха и вызвала неотложную помощь.

Положительного эффекта, оказанная бригадой, помощь не дала, поэтому больная была помещена в стационар с предварительным диагнозом «бронхиальная астма». В отделение поступила в тяжелом состоянии. При аускультации в легких были зафиксированы сухие хрипы, дыхание наблюдается по всем полям, мокрота не выделяется. АД — выше нормы 150/105, ЧСС — 120 в мин. Кожа влажная.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз, проведите оценку состояния пациентки.
2. Проанализируйте, что могло привести к ухудшению состояния пациентки
3. Укажите, как проводить купирование острого приступа удушья
4. Укажите, какие методы инструментального и лабораторного исследования необходимы для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.
5. Сформулируйте план лечения пациентки после купирования приступа удушья в стационаре, на амбулаторном этапе после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 6

Пациент, 25 лет. Жалуется на периодические атаки экспираторной (затруднен выдох) нехватки воздуха, кашель, свист и хрипы в области легких. Такие приступы наблюдаются в течение 2 лет. Чаще всего проявлялись в ночное время, проходили самостоятельно без применения лекарств. Курит, осенью и весной страдает от проявлений ринита. В семье бронхиальная астма диагностирована по материнской линии. Было проведено рентгенологическое исследование легких между приступами — значительных нарушений зафиксировано не было. Результаты анализа крови — лейкоциты $7,3 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 6%. По результатам спирографии ОФВ1 – 78%, после ингаляций 2 доз Сальбутамола – 95% от должного. Уровень общего IgE 200 МЕ/мл.

1. Сформулировать диагноз с указанием наиболее вероятного фенотипа
2. Назначить терапию, соответствующую течению заболевания
3. Обосновать перечень рекомендованных препаратов при обострении заболевания.
4. Указать порядок диспансерного учета пациента

ЗАДАЧА 7

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность

носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ₁ - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%.

При **рентгенологическом исследовании** органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз, с указанием течения заболевания и наиболее вероятного фенотипа.
2. Укажите методы инструментального и/или лабораторного исследования, необходимые для уточнения диагноза
3. Назначьте терапию обострения заболевания
4. Назначьте терапию, необходимую после выписки из стационара на амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 8

Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.

Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.

При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани.

ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ₁ - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз, с указанием течения заболевания и наиболее вероятного фенотипа.
2. Укажите методы инструментального и/или лабораторного исследования, необходимые для уточнения диагноза
3. Назначьте терапию обострения заболевания
4. Назначьте терапию, необходимую после выписки из стационара на амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 9

Пациент Д., 46 лет, сварщик. Поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа.

Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли. В течение 20 лет курит по пачке сигарет в день. В последние пять лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение двух месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. Две недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно, без эффекта. В последнюю неделю появились приступы удушья как в дневное, так и в ночное время, которые пациент купирует ингаляциями сальбутамола. В клинику поступил для обследования и лечения.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД - 18 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 86 в минуту, ритм правильный, шумов нет. АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 4,5 тыс. (с/я - 63%), эозинофилы - 12%, лимфоциты - 21 %, моноциты - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

В общем анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизисто-гноющий, лейкоциты - 20^40 в поле зрения, эритроцитов нет, эозинофилы - 40-60 в поле зрения, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

При рентгенологическом исследовании легких: повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов.

ФВД: ЖЕЛ - 90%, ОФВ₁ - 68%, МОС 25 - 82%, МОС 50 - 64%, МОС 75 - 46%. После ингаляции 40 мкг атровента: ОФВ₁ - 92%, МОС 25 - 86%, МОС 50 - 78%, МОС 75 - 68%.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз, с указанием течения заболевания и наиболее вероятного фенотипа.

2. Укажите методы инструментального и/или лабораторного исследования, необходимые для уточнения диагноза
3. Назначьте терапию обострения заболевания
4. Назначьте терапию, необходимую после выписки из стационара на амбулаторном этапе

ЗАДАЧА 10

Больная М., 41 года, жалуется на частый жидкий стул (до 10-12 раз в сутки) с примесью слизи и крови, разлитую боль в нижней части живота, снижение массы тела на 4 кг в течение последнего года. Считает себя больной около года. Неоднократно обследовалась в инфекционной больнице, где диагноз острых инфекционных заболеваний был снят.

При осмотре: больная резко пониженного питания, кожа дряблая, сухая. Язык ярко красный. ЧДД 20 в минуту. Со стороны легких изменений нет. Пульс 84 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Аускультативно тоны сердца приглушены. Живот мягкий, пальпация сигмовидной кишки резко болезненна. Печень увеличена, выступает на 3 см из-под края реберной дуги, уплотнена. В стуле незначительное количество жидкого содержимого, с примесью крови.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 11

Мужчина 32 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, субфебрильную температуру тела, похудание, а также на периодически возникающие схваткообразные боли в правой подвздошной области, сопровождающиеся отхождением большого количества газов и диареей.

Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет у пациента изредка появлялись неинтенсивные боли, локализующиеся в правой подвздошной области, сопровождавшиеся метеоризмом и поносом (не более 1-2 раз в сутки). В течение последнего года боли и диарея участились, стали более интенсивными, появилась слабость, головокружения, субфебрильная температура тела. Пациент отметил значительное похудание.

Осмотр: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается умеренная отечность подкожно-жировой клетчатки в области стоп, голеней, кистей рук, передней брюшной и грудной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 110/68 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации в правой подвздошной области определяется небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность. При пальпации нисходящей ободочной и сигмовидной кишок также определяется умеренная болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: гемоглобин – 88 г/л; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$; средний объем эритроцита (MCV) – 114 фл; среднее содержание гемоглобина (MCH) – 36 пг; средняя концентрация гемоглобина (MCHC) – 39 г/дл; лейкоциты – $10,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 72%; СОЭ – 32 мм/ч; общий белок – 48 г/л; общий холестерин – 3,1 ммоль/л; креатинин - 88 мкмоль/л.

В анализах мочи: относительная плотность – 1,018; белок – 0,033 г/л.

Колоноскопия: при эндоскопическом исследовании терминального отдела подвздошной кишки отмечается отечность, неравномерное утолщение и легкая ранимость слизистой оболочки (картина «булыжной мостовой»).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите три группы базисных препаратов и препаратов резерва для лечения больных с данным заболеванием.
5. Есть ли показания к госпитализации пациента?

ЗАДАЧА 12

Больной 21 года вызвал на дом врача экстренно в связи с жалобами на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость.

Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2-х месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней.

При осмотре кожные покровы бледные.

АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный.

Язык обложен белым налетом.

Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

ЗАДАЧА 13

Студентка 21 года обратилась в поликлинику с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестает с едой употреблять хлеб.

Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу.

Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8°C, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O₂ - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

ВОПРОСЫ:

1. Каковы этиология и патогенез данного заболевания?
2. Какие изменения стула характерны для данного заболевания?
3. Назовите и опишите осложнение (синдром), развивающееся при длительном неконтролируемом течении данного заболевания?
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?
5. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

ЗАДАЧА 14

Пациент 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость.

Свое состояние связывает с приемом молока, хотя в детстве подобного не замечал.

Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7°C.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Перечислите основные причины данного состояния.

ЗАДАЧА 15

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

ЗАДАЧА 16

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея – стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии

обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс – 80 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 117 г/л, СОЭ – 34 мм/час, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, альбумины – 55%, глобулины: альфа1 – 3,7%, альфа2 – 10,0%, бета – 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин – 16,4 (прямой – 3,1; свободный – 13,3) ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л., холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, ЩФ – 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?.

ЗАДАЧА 17

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию.

При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не

исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («жировой кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?.

ЗАДАЧА 18

В стационар госпитализирован мужчина 30 лет, с жалобами на боли в правом нижнем квадранте живота, возникают через 1-2 часа после приема пищи, боли носят нарастающий характер, уменьшаются после дефекации или рвоты; чувство тошноты, метеоризм, понос до несколько раз в сутки, иногда с примесью крови, слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышение температуры тела до субфебрильной с ознобом, похудание. Считает себя больным в течение недели. Объективно. Температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$, тургор кожи снижен, при пальпации живот вздут, прощупывается утолщенный, болезненный терминальный отрезок тонкой кишки.

При лабораторном исследовании получены следующие данные:

ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь.

При рентгеноскопии кишечника: ригидность тонкого кишечника, сужение просвета, отек и линейные язвы.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Дайте определение данному заболеванию.
2. Перечислите этиологические факторы данного заболевания.
3. Перечислите ведущие синдромы.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Перечислите методы обследования и их результаты для подтверждения диагноза.

ЗАДАЧА 19

В поликлинику обратился мужчина 40 лет с жалобами на постоянные тупые боли в левой средней части живота, стул полужидкий, пенистый, иногда с примесью слизи, крови; слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышение температуры тела до субфебрильной, похудание. Болен в течение 8 лет.

Объективно. Пониженного питания. Отмечается сухость кожи, ломкость ногтей, трещины в углах рта. При пальпации живота—болезненность и «опухоль» в месте проекции подвздошной кишки. Выявлен наружный свищ в поясничной области. При рентгеноскопии кишечника: ригидность тощей кишки, сужение просвета, мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв, «симптом струны».

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз. Поясните ответ.
2. Как объяснить сухость кожи, ломкость ногтей, трещины в углах рта.
3. Укажите последовательность глубокой пальпации желудочно-кишечного тракта по методу Образцова - Стражеско.
4. Поясните значение термина «симптом струны».
5. Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 20

За медицинской помощью обратилась женщина 57 лет с жалобами на слабость, частый до 6 раз в сутки жидкий стул с кровью и слизью, повышением температуры тела, схваткообразной болью в животе. Заболевание началось постепенно. При осмотре - температура тела 38 °С.

Тахикардия до 100 в минуту. Живот вздут. При пальпации несколько напряжен, петли толстой кишки тестоватой консистенции из-за резкого снижения тонуса, пальпация сопровождается шумом плеска. При ректороманоскопии прямая кишка отечная, легко ранимая. В просвете кишки значительное количество крови и слизи.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. Назовите местные осложнения данного заболевания.
3. Что такое «шум плеска»? Как он определяется?
4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
5. Какой стол по Певзнеру назначают при данном заболевании? В чем его особенности?

ЗАДАЧА 21

Больной К., 18 лет, жалуется на сильные коликообразные боли в животе, усиливающиеся при дефекации. Частые позывы (тенезмы). Стул очень частый со слизью и кровью, жидкий. Заболел остро. При пальпации болезненная и спастически сокращенная толстая кишка. При копрологическом исследовании кала - лейкоциты и эритроциты.

ВОПРОСЫ:

1. Какие основные синдромы можно выделить у больного?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какое заболевание следует исключить у больного?
4. Какие дополнительные методы исследования нужны для подтверждения диагноза?
5. Перечислите возможности аускультации кишечника.

ЗАДАЧА 22

Больной Б., 60 лет, юрист, поступил в отделение с жалобами на боль в эпигастральной области, изжогу, тошноту. В течение многих лет страдает язвенной болезнью, неоднократно лечился по этому поводу в гастроэнтерологическом отделении. На протяжении последних 2-х недель боль стала возникать значительно чаще, носит интенсивный характер, сопровождается общей слабостью, возникает как днем, так и ночью, не связана с приемом пищи.

При осмотре: состояние средней тяжести, беспокоен, возбужден. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 80 в минуту, аритмичный, экстрасистолы. Аускультативно тоны сердца приглушены, систолический шум над верхушкой. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Ночью у больного повторился приступ боли, который сопровождался резкой слабостью, холодным потом, снижением АД до 80/40 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $12,6 \times 10^9/л$, эозинофилы 0%, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 28%, моноциты 4%, СОЭ 12 мм/ч.

АЛТ 0,68 ммоль/л, АСТ 1,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, белок – отрицательный, лейкоциты 0-1-2 в п/з.

ЭКГ: ритм синусовый, желудочковые экстрасистолы, в II, III, aVF отведениях куполообразное смещение интервала ST вверх и патологический зубец Q.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 23

Мужчина 50 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности на расстояние около 200 м), сердцебиение, купирующиеся при прекращении движения или приема 1-2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы впервые появились 2 месяца назад. Больной лечился стационарно, с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия; с последующим периодом реабилитации в санатории кардиологического профиля. Больной госпитализирован в кардиологическое отделение для проведения коронароангиографии и решения вопроса о тактике дальнейшего лечения.

Объективно: Состояние удовлетворительное. ЧД = 18 в мин. АД = 160/95 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, 76 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. Зон нарушений кинетичности миокарда, гипертрофии миокарда не выявлено.

При проведении коронароангиографии получены следующие данные: Коронарная ангиография: изолированный осложненный стеноз 95 % передней межжелудочковой артерии.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА 24

Мужчина 59 лет. В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Полгода назад перенес ОИМ передне-перегородочной области. В настоящее время беспокоят давящие боли за грудиной при малейшей

физической нагрузке, купируемые приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. Принимает монотерапию ретард 50 мг утром, до 10 таблеток нитроглицерина «по требованию», конкор 5 мг утром, престариум 4 мг утром, тромбоАсс 100 мг вечером, после инфаркта назначен симвастатин 10 мг на ночь.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. ЧД = 18 в мин. АД = 140/90 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 70 в мин, единичная желудочковая экстрасистолия. ЭОС не отклонена. Признаки рубцовых изменений передне-перегородочной области с распространением на верхушку. Изменения миокарда боковой стенки ЛЖ.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда умеренно снижена. Снижение кинетичности миокарда передне-перегородочной области.

Холтеровское мониторирование: Динамика ЧСС без особенностей. Умеренно выраженный аритмический синдром, представленный единичной желудочковой экстрасистолией. Выявлены ишемические изменения миокарда боковой стенки ЛЖ, характерные для ФК 3 стабильной стенокардии напряжения.

Коронароангиография: тип кровоснабжения левый. Ствол ЛКА не изменен. ПМЖА - проксимальная окклюзия. ОА – стеноз в проксимальной трети до 80 %, в средней трети – до 70 %. ПКА – протяженный стеноз в средней трети ок. 60 %.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Тактика лечения пациента, обосновать.

ЗАДАЧА 25

Женщина 46 лет. Жалобы на давящие загрудинные боли при физической нагрузке (ходьба по ровной местности), купируемые приемом НГ или прекращением движения. Жалобы беспокоят в течение полутора лет, за мед. помощью не обращалась, не обследовалась. После перенесенного около месяца назад гриппа приступы загрудинных болей стали более частыми, обратилась к кардиологу.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 130/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, звучные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. 84 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. Зон нарушений кинетичности миокарда, гипертрофии миокарда не выявлено. Клапанной патологии не выявлено.

Холтеровское мониторирование: Динамика ЧСС без особенностей. Умеренно выраженный аритмический синдром, представленный редкой единичной наджелудочковой экстрасистолией и одним эпизодом групповой предсердной экстрасистолии. Выявлены ишемические изменения миокарда боковой стенки ЛЖ, характерные для ФК 2 стабильной стенокардии напряжения.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 26

Мужчина 52 лет. Жалобы на давящие загрудинные боли при физической нагрузке (ходьба по ровной местности), купируемые приемом НГ или прекращением движения, одышка, перебои в работе сердца, повышение АД 180/100 мм рт. ст. (адаптирован к 130/80 мм рт. ст.).

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 130/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. 64 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. ЗСЛЖ 12 мм. МЖП 10 мм. Клапанной патологии не выявлено.

Холтеровское мониторирование: Динамика ЧСС без особенностей. Выраженный аритмический синдром, представленный редкой единичной наджелудочковой экстрасистолией и частой единичной и парной желудочковой экстрасистолией, 4 градации по Лауну, усиливающейся при физической нагрузке. Выявлены ишемические изменения миокарда боковой стенки ЛЖ, характерные для ФК 2 стабильной стенокардии напряжения.

Коронарная ангиография: Тип кровоснабжения левый. Ствол ЛКА – стеноз до 80 %. ОА – стеноз средней трети до 30 %. ПКА – стеноз средней трети до 60 %.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

ЗАДАЧА 27

Женщина 46 лет. Жалобы на внезапно возникающие приступы учащенного неритмичного сердцебиения, с частотой пульса более 120 в мин, возникающие примерно раз в месяц, длительностью до 2 часов, купируемые спонтанно или после приема корвалола или валокордина. Отмечает также повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке, ранее переносившейся удовлетворительно.

Считает себя больной в течение года, когда после экстирпации матки по поводу миомы большого размера постепенно начали возникать вышеописанные жалобы.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 130/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, звучные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. 84 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. Зон нарушенной кинетичности миокарда, гипертрофии миокарда не выявлено. Клапанной патологии не выявлено.

Холтеровское мониторирование: Динамика ЧСС без особенностей. Умеренно выраженный аритмический синдром, представленный редкой единичной наджелудочковой экстрасистолией и одним эпизодом групповой предсердной экстрасистолии. Ишемических изменений не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Назовите возможные причины отсутствия ишемических изменений при ХМ.

ЗАДАЧА 28

Женщина 46 лет. Жалобы на внезапно возникающие приступы учащенного ритмичного сердцебиения, с частотой пульса более 120 в мин, возникающие примерно раз в месяц, длительностью до 2 часов, купируемые спонтанно или после приема корвалола или валокордина. Во время приступов отмечает резкую слабость, головокружение, отмечала однократную потерю сознания.

Приступы сердцебиения отмечает с молодости, однако длительное время приступы были редкими, кратковременными, по неск. секунд, не приводили к изменению общего самочувствия. Ухудшение около полугода, когда после перенесенного психоэмоционального стресса начала отмечать ухудшение состояния.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 130/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, звучные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. 84 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. Зон нарушений кинетичности миокарда, гипертрофии миокарда не выявлено. Проплапс митрального клапана, гемодинамически незначимый, дополнительная хорда в полости ЛЖ.

Холтеровское мониторирование: Динамика ЧСС без особенностей. Умеренно выраженный аритмический синдром, представленный редкой единичной наджелудочковой экстрасистолией. Ишемических изменений STYLE="не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Предполагаемая тактика лечения.

ЗАДАЧА 29

Женщина 46 лет. Жалобы на внезапно возникающие приступы учащенного ритмичного сердцебиения, с частотой пульса более 120 в мин, возникающие примерно раз в 1-2 месяца, длительностью от нескольких секунд до 10 минут, купируемые спонтанно или после приема корвалола или валокордина или вагусными приемами. Во время приступов самочувствие значительно не меняется.

Приступы сердцебиения отмечает с молодости, по поводу сердцебиений за мед. помощью не обращалась. При посещении поликлиники по поводу простуды врач обратил внимание на начавшийся приступ тахикардии, больная направлена на ЭКГ. На ЭКГ – наджелудочковая реципрокная тахикардия. ЧСС 130 в мин, купированная спонтанно во время записи ЭКГ с паузой 545 мс. Была направлена к аритмологу на консультацию.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 120/80 мм рт ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, звучные. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. 78 в мин. ЭОС не отклонена.

ЭХОКГ: Полости сердца не расширены, глобальная сократимость миокарда сохранена. Зон нарушений кинетичности миокарда, гипертрофии миокарда не выявлено. Проплапс митрального клапана, гемодинамически незначимый, дополнительная хорда в полости ЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Предполагаемая тактика лечения.

ЗАДАЧА 30

Женщина 70 лет. Жалобы на неритмичное учащенное сердцебиение при физической нагрузке (ходьбе по лестнице – подъем на 4 этаж – больная живет на 4 этаже в доме без лифта), постоянное головокружение, общую слабость, периодическое повышение АД до 180/100 мм рт. ст., рабочее АД 140/90 мм рт. ст.

АГ отмечает более 20 лет. 2 года назад по поводу полной АВ-блокады имплантирован электрокардиостимулятор в режиме VVI с базовой частотой 70 в мин. Слабость и головокружение отмечает постоянно в течение примерно последних 4-5 лет. Учащенное сердцебиение начала замечать около полугода назад, за последние полгода самочувствие и толерантность к нагрузке не изменилась. По поводу гипертонии последние несколько лет принимает эналаприл, амлодипин, мочегонные, аспирин. Раз в полгода является на диспансерный осмотр в поликлинику по месту жительства, регистрируется ЭКГ. После операции имплантации постоянного водителя ритма на

ЭКГ постоянного регистрировался ритм кардиостимулятора. При последнем посещении поликлиники на ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий со средней ЧСС 106 ударов в минуту. Отметчиков кардиостимулятора на ЭКГ не зарегистрировано. В порядке срочной помощи больная направлена в кардиохирургическую клинику с диагнозом: отказ электрокардиостимулятора.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД = 160/95 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в мин. Пульс 80 в мин, неритмичный, мерцательная аритмия. В легких везикулярное дыхание. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ЧСС 110 в мин. ЭОС не отклонена. Умеренные изменения миокарда боковой стенки ЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Является ли направление по срочной помощи в кардиохирургическую клинику данной пациентки обоснованным?
4. Предполагаемая тактика лечения.

ЗАДАЧА 31

Мужчина 51 года. По данным коронароангиографии получены следующие данные: Тип кровоснабжения сбалансированный. Ствол ЛКА без изменений. ПМЖА - отмечается стеноз 60% в средней трети. ОА – отмечается стеноз 60 % в области устья. ПКА – отмечается стеноз 60 % в проксимальной трети и 50 % в средней трети.

ВОПРОСЫ:

1. Проявлением какого заболевания является вышеописанная картина? Сформулируйте возможный клинический диагноз.
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Какая тактика лечения возможна при данном поражении?

ЗАДАЧА 32

У больного, 52 лет, 2 недели назад впервые появились боли за грудиной давящего характера при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией в шею, волнообразных, общей продолжительностью около 1,5 часов. Повторно принимал нитроглицерин с неполным и кратковременным эффектом. Болевой синдром был купирован морфином врачом скорой помощи. Доставлен в отделение кардиореанимации через 2 часа от начала симптомов заболевания. Жалоб при поступлении нет. По ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 72 в минуту. В отведениях aVL, V3-V6 депрессия сегмента ST до 2 мм с положительным зубцом T.

ВОПРОСЫ:

1. Как оценить симптомы, появившиеся неделю назад и ночной приступ болей?
2. Как должен быть сформулирован диагноз врачом скорой помощи?
3. Какое обследование необходимо провести в стационаре для уточнения диагноза?
4. Какую тактику лечения следует избрать: инвазивную или консервативную, и почему?
5. Какое медикаментозное лечение необходимо назначить данному больному?
6. Показана ли пациенту тромболитическая терапия?

ЗАДАЧА 33

Пациент 48 лет госпитализирован в кардиоцентр через 2 часа от начала болей за нижней частью грудиной давящего характера и в эпигастрии. Врачом скорой помощи были назначены аспирин 500 мг, 85 промедол 2 % - 1,0 мл в/в, нитро-спрей 2 дозы сублингвально, гепарин 5000 ЕД в/в. На момент поступления болевой синдром не купирован. Объективно: АД 110/70 мм.рт.ст.

ЧСС 84 в минуту. По ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях II, III, AVF регистрировался отрицательный зубец Т. При исследовании тропонина выявлено 10-ти кратное повышение его уровня.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите локализацию и глубину инфаркта миокарда?
3. Оцените лечение, проведенное на догоспитальном этапе?
4. Какое лечение необходимо назначить данному больному в стационаре?

ЗАДАЧА 34

Больная 48 лет поступила с жалобами на повторяющиеся эпизоды загрудинных болей, которые появились назад. Сначала болевые приступы возникали при физической нагрузке, затем они стали более интенсивными, частота их увеличилась, и при поступлении в клинику приступы у больной возникали в покое. Больная страдает сахарным диабетом, артериальной гипертензией, в связи, с чем получает атенолол, метморфин и диклазид. Она не курит, менструации прекратились 2 года назад. У больной масса тела 85 кг, рост 160 см, индекс массы тела 33 кг/м². Пульс правильный 90 уд/мин, АД 150/100 мм рт.ст. Общий анализ крови и мочи, уровень мочевины и креатинина, ТТГ в крови – нормальные. КФК - МВ-фракция, тропонины - в норме. Уровень холестерина – 7,4 ммоль/л, ЛПНП – 6,53 ммоль/л, ЛПВП – 0,7 ммоль/л, триглицеридов – 3,8 ммоль/л. Во время болевого приступа на ЭКГ отмечена депрессия ST сегмента в отведениях III, II, AVF. Через 4 часа после приступа эти изменения на ЭКГ исчезли.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Как устранить факторы риска, имеющиеся у больной?
3. Определите тактику ведения больной, назначьте лечение.

ЗАДАЧА 35

У больного 53 лет, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъёмами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку и лопатку, длится 3-5 минут, проходит после приёма нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в день, дважды возникали и в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки больной принимает до 8-10 таблеток нитроглицерина. При осмотре состояние больного удовлетворительное, больной повышенного питания, кожные покровы обычной окраски. Лёгкие без патологии. Границы сердца не смещены. Ритм правильный 84 в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст. Печень не увеличена, отёков нет. Общий холестерин - 7,5 ммоль/л, ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF. Тропонины в норме.

ВОПРОСЫ:

1. Определите и обоснуйте диагноз.
2. Какую динамику приобрела болезнь? Назовите синдром с учётом классификации ВОЗ.
3. Ваша тактика.

ЗАДАЧА 36

Мужчина 59 лет. В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

ВОПРОСЫ:

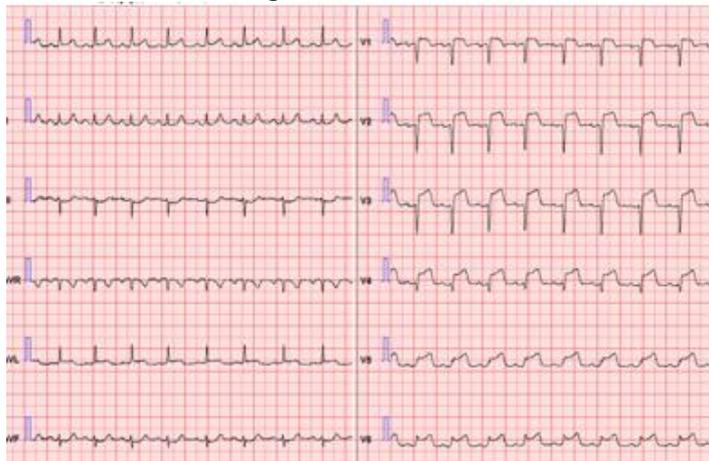
1. Сформулируйте правильный диагноз.

2. Определите тактику ведения пациента. Какие обследования для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения больного необходимо провести?

3. Требуется ли коррекция медикаментозного лечения?

ЗАДАЧА 37

Мужчина 58 лет жалуется на резкую слабость, потемнение в глазах, ощущение недостатка воздуха и чувство тяжести за грудиной. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Объективно: лежит с приподнятым изголовьем, дышит поверхностно и часто (32 в 1 мин). Кожные покровы бледносинюшные, холодные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, 102 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

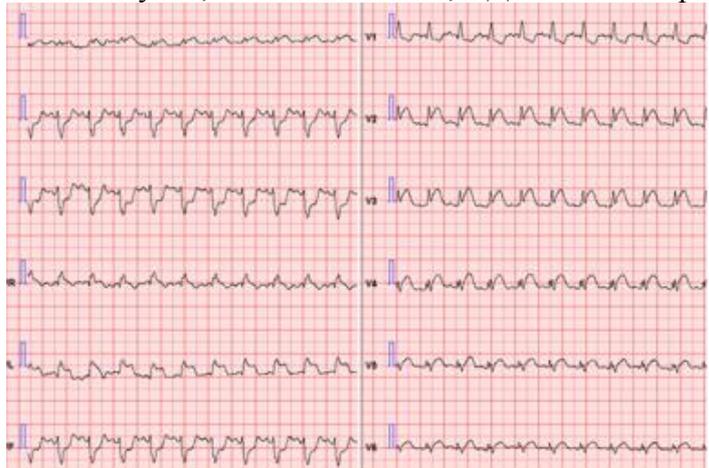


ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

ЗАДАЧА 38

К женщине 68 вызвана бригада СМП в связи с внезапно возникшим приступом удушья. Контакт с больной затруднен из-за резко выраженной одышки (42 в 1 мин). Ортопноэ, цианоз губ и кистей рук. Над легкими выслушивается жесткое дыхание и обилие влажных разнокалиберных хрипов. Тоны глухие, ЧСС 120 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст.

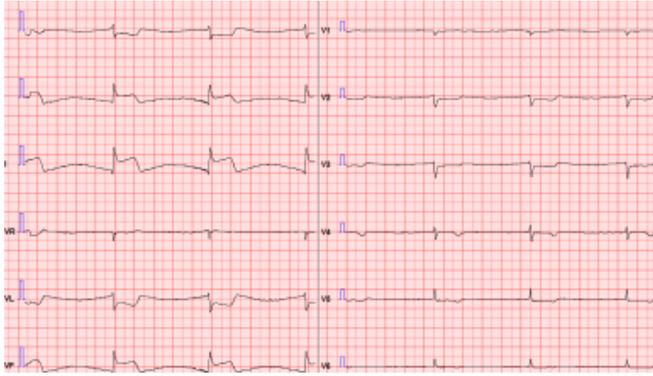


ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

ЗАДАЧА 39

Мужчина 48 лет жалуется на резкую слабость, тошноту, позывы на рвоту. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Объективно: лежит низко, без выраженной одышки (22 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, 60 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации

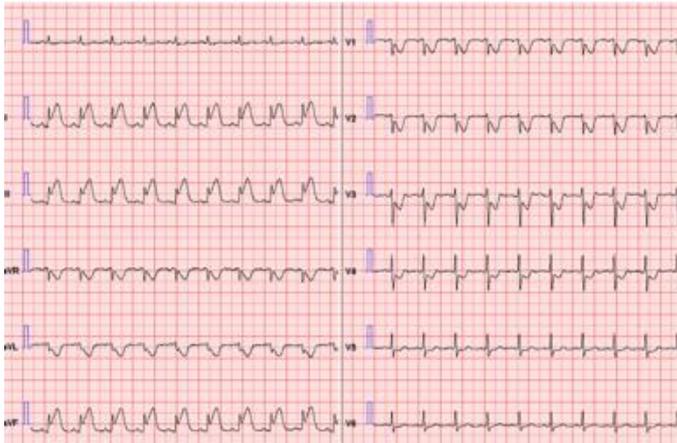


ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

ЗАДАЧА 40

Женщина 77 лет жалуется ощущение недостатка воздуха, резко усиливающееся при попытке лечь в постели. Самочувствие ухудшилось около часа назад без видимых причин. Объективно: сидит, дышит поверхностно и часто (32 в 1 мин). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, 96 в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст.

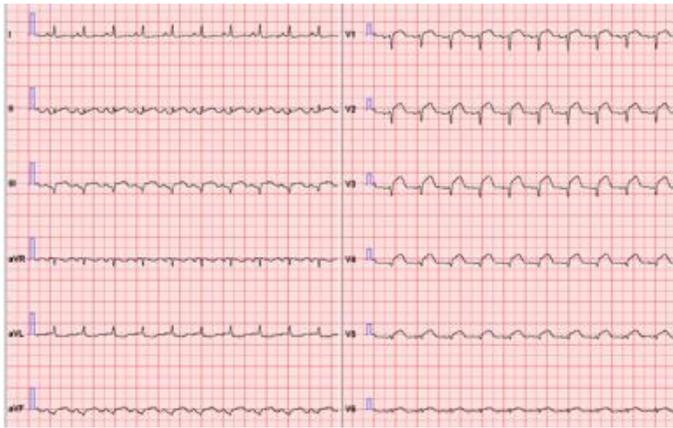


ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

ЗАДАЧА 41

К мужчине 58 вызвана бригада СМП в связи с внезапно возникшим приступом удушья. Больной возбужден, пытается сесть в постели. Кожные покровы бледносерые, холодные, влажные. Частота дыхания до 50 в 1 мин. Над легкими большое количество разнокалиберных влажных хрипов. Тоны глухие, ЧСС 120 в 1 мин, АД не определяется.



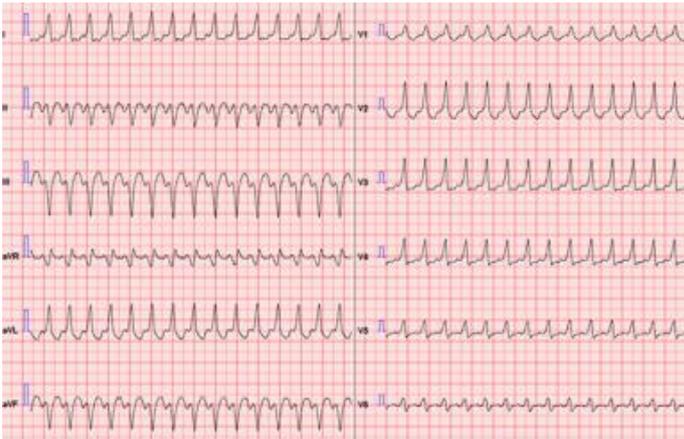
ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

ЗАДАЧА 42

Мужчина 66 лет жалуется на резкую слабость, загрудинную боль и ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось около часа назад без видимой причины. Объективно: лежит низко, без выраженной одышки (28 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, ЧСС 160 в 1 мин, АД 60/40 мм рт. ст.

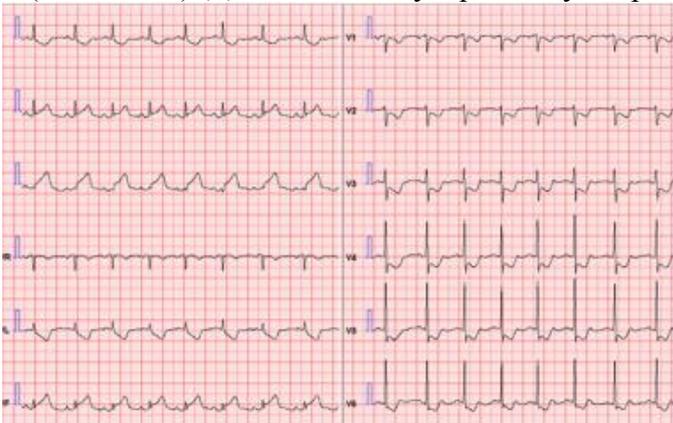
На ЭКГ:



ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Окажите неотложную помощь

После купирования аритмии сохраняются жалобы на загрудинную боль. Лежит низко, без одышки (18 в 1 мин). Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, 96 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

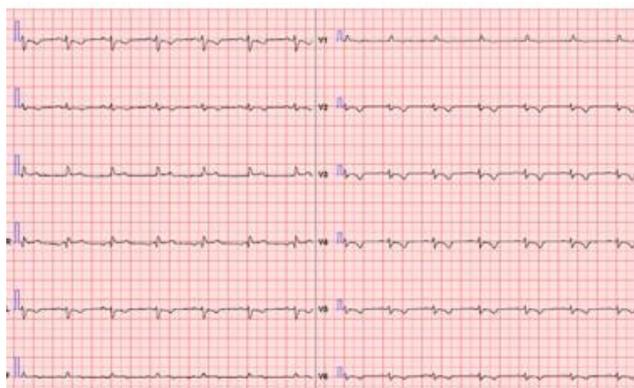


ВОПРОСЫ:

1. Уточните диагноз
2. Продолжите оказание неотложной помощи

ЗАДАЧА 43

Мужчина 36 лет госпитализирован после кратковременной потери сознания. Жалуется на резкую слабость, шум в ушах, ощущение недостатка воздуха. Неделю назад получил листок временной нетрудоспособности в связи с ОРВИ. Объективно: лежит низко, несмотря на выраженную одышку (36 в 1 мин). Кожные покровы бледные, сухие. Шейные вены набухшие. Дыхание везикулярное. Тоны очень глухие, ритмичные, ЧСС 102 в 1 мин. АД на выдохе 60/40 мм рт. ст., на вдохе не определяется. Протокол эхокардиографического исследования. Аорта 3,0 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,5 см, кровоток 0,95 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,05 см, ТЗС 0,98 см, КДР 3,5 см, ФВ 65 %. МК: створки не изменены, скорость кровотока при дыхании варьирует от 0,47 до 0,78 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,7 см, объем 44 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 38 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА при дыхании варьирует от 0,56 до 0,93 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ с признаками диастолического коллапса, диаметр 2,3 см. ТК не изменен, кровоток при дыхании варьирует от 0,37 до 0,68 м/с, регургитация 1–2 степени. Размер ПП 3,3 см, регистрируется систолический коллапс. НПВ на выдохе 2,9 см, на вдохе 2,7 см. В полости перикарда выпот, сепарация листков перикарда по задней стенке левого желудочка до 3,6 см.

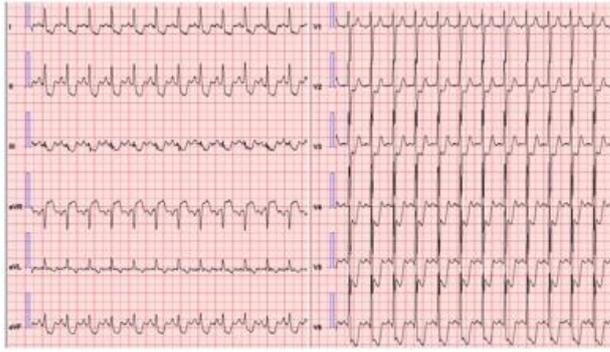


ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте клинические данные и результаты инструментальных исследований
2. Сформулируйте диагноз
3. Составьте план оказания неотложной помощи

ЗАДАЧА 44

Мужчин 62 лет жалуется на головокружение, давящую загрудинную боль, ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Лежит с приподнятым изголовьем, частота дыхания 36 в 1 мин. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание жесткое, рассеянные влажные разнокалиберные хрипы. Тоны глухие, ЧСС 120 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Протокол эхокардиографического исследования. Аорта уплотнена, диаметр 3,8 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,5 см, кровоток 0,85 м/с. Регургитации нет. ТМЖП 1,1 см, ТЗС 0,95 см, КДР 5,62 см, ФВ 33 %, НДФ 1-й степени. Акинез всех апикальных, переднего, переднеперегородочного и переднебокового медиальных сегментов с формированием острой инфарктной аневризмы. МК не изменен, кровоток 0,8 м/с, регургитация 1–2 степени. Размер ЛП 4,47 см, объем – 75 мл. Диаметр ЛА 2,2 см, СДЛА 36 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,64 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПЖ 2,7 см. ТК не изменен, кровоток 0,55 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,8 см, объем 45 мл. НПВ на выдохе 2,2 см, на вдохе 1,18 см. Полость перикарда не изменена.

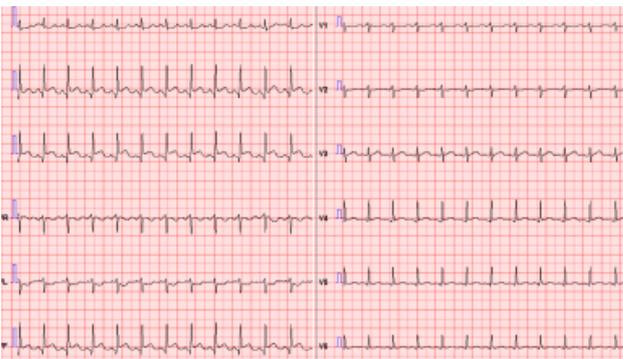


ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте клинические данные и результаты инструментальных исследований
2. Сформулируйте диагноз
3. Составьте план оказания неотложной помощи

ЗАДАЧА 45

Мужчин 62 лет жалуется на головокружение, давящую за грудиной боль, ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Лежит низко, несмотря на выраженную одышку (36 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Шейные вены набухшие. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Протокол эхокардиографического исследования. Аорта уплотнена, ее диаметр 3,7 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,45 см, кровотоков 0,8 м/с. Регургитации нет. ТМЖП 1,0 см, ТЗС 0,95 см, КДР 4,62 см, ФВ 53 %, НДФ 1-й степени. Акинез заднего и задне-перегородочного базальных сегментов с переходом на задние и боковые сегменты правого желудочка. МК не изменен, кровотоков 0,74 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,47 см, объем 41 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 22 мм рт. ст. Кровотоков на клапане ЛА 0,72 м/с, регургитация 1 степени. Проксимальный размер выносящего отдела ПЖ 4,1 см. В 4-х камерной позиции ПЖ больше левого, участвует в формировании верхушки сердца. Общая систолическая функция ПЖ резко снижена (систолическая амплитуда движения трикуспидального кольца не превышает 1,0 см). Акинезия заднего, боковых базальных, заднего и задне-бокового медиальных сегментов. Толщина свободной стенки ПЖ 4 мм. ТК не изменен, кровотоков 0,73 м/с, регургитация 2–3 степени. Размер ПП 4,8 см, объем – 85 мл. НПВ на выдохе 2,8 см, на вдохе 2,5 см. Полость перикарда не изменена.



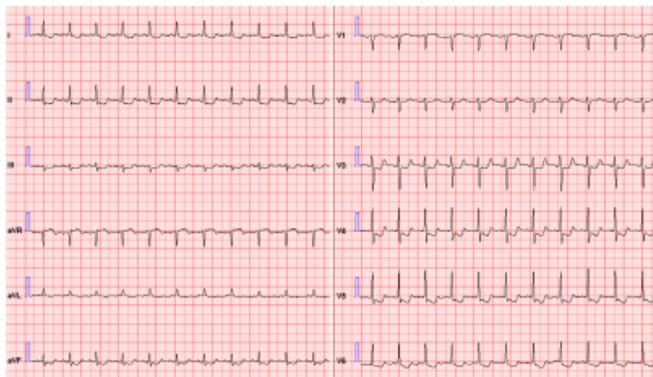
ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте клинические данные и результаты инструментальных исследований
2. Сформулируйте диагноз
3. Составьте план оказания неотложной помощи

ЗАДАЧА 46

Мужчин 62 лет жалуется на головокружение, давящую загрудинную боль, ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Лежит низко, несмотря на выраженную одышку (36 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Подкожные вены не контурируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Протокол эхокардиографического исследования. Аорта уплотнена, диаметр 3,6 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,6 см, кровоток 1,1 м/с. Регургитации нет. ТМЖП 1,1 см, ТЗС 0,95 см, КДР 4,2 см, ФВ 68 %, НДФ 1-й степени. Нарушения локальной сократимости нет. МК не изменен, кровотока 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,2 см, объем 40 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 24 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,98 м/сек, регургитация 1 степени. ПЖ 2,1 см. ТК не изменен, кровотока 0,55 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,3 см, объем 38 мл. НПВ на выдохе 1,1 см, на вдохе полностью спадается. Полость перикарда не изменена.

На ЭКГ:

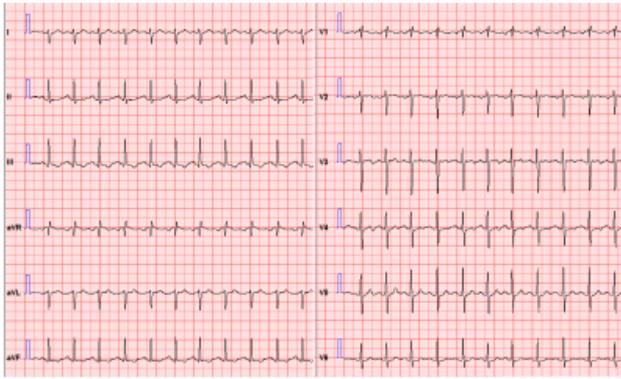


ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте клинические данные и результаты инструментальных исследований
2. Сформулируйте диагноз
3. Составьте план оказания неотложной помощи

ЗАДАЧА 47

Мужчин 62 лет жалуется на головокружение, давящую загрудинную боль, ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось внезапно, около часа назад. Лежит низко, несмотря на выраженную одышку (36 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Шейные вены набухшие. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Протокол эхокардиографического исследования. Аорта уплотнена, диаметр 3,5 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,55 см, кровоток 0,88 м/с. Регургитации нет. МЖП совершает парадоксальное движение, определяется ее систолическое сглаживание. ТМЖП 1,0 см, ТЗС 0,9 см, КДР 4,02 см, ФВ 57 %, НДФ 1-й степени. Нарушения локальной сократимости нет. МК не изменен, кровотока 0,7 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,35 см, объем 40 мл. Диаметр ЛА 3,2 см, СДЛА 44–46 мм рт. ст., ДДЛА 30 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,68 м/с, регургитация 1–2 степени. Проксимальный размер выносящего отдела ПЖ 4,4 см. В 4-х камерной позиции ПЖ больше левого, участвует в формировании верхушки сердца, общая систолическая функция ПЖ резко снижена (систолическая амплитуда движения трикуспидального кольца не превышает 0,9 см). Явных признаков нарушения локальной сократимости нет. Толщина свободной стенки ПЖ 4 мм. ТК не изменен, кровотока 0,6 м/с, регургитация 2 степени. Размер ПП 4,2 см, объем – 77 мл. НПВ на выдохе 2,7 см, на вдохе 2,3 см. Полость перикарда не изменена.



ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте клинические данные и результаты инструментальных исследований
2. Сформулируйте диагноз
3. Составьте план оказания неотложной помощи

ЗАДАЧА 48

Больной С., 25 лет. Переведен в кардиологическую клинику из стационара городской больницы с жалобами на постоянную общую слабость, неритмичность работы сердца, на одышку в покое (усиливается в горизонтальном положении) и ходьбе в медленном темпе до 20-30 метров, практически постоянные головокружения, плохую переносимость жаркой погоды, частую потливость. Незначительные физические нагрузки приводят к усилению вышеописанных жалоб. Вследствие болезни значительно ограничены бытовые нагрузки. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшалось: в начале года ходил в спокойном темпе до 1 км, к концу года не смог преодолевать расстояние в 50 метров. В городской больнице проходил лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. При регистрации ЭКГ выявлена частая политопная и полиморфная желудочковая экстрасистолия. Группы инвалидности нет, женат, имеет дочь, не курит, употребляет до 2 литров пива в неделю. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 3-х лет. С заболеванием сердца наблюдается у кардиолога 3 года с диагнозом «Постмиокардитический кардиосклероз с исходом в дилатационную кардиомиопатию», последние 3 года рекомендованные лекарственные препараты не принимал и отметил постепенное ухудшение состояния здоровья.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, цианоз губ, бледность кожных покровов. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД = 20/минуту. Тоны сердца аритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются, АД = 100/70, ЧСС = 85. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, безболезненная, отеков ног нет.

Лабораторные данные: Нб 110 г/л, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевины 12,0 ммоль/л, общий ХС – 4,0 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, микроальбуминурия – 200 мг/сут., клубочковая фильтрация - 40 мл/мин.

Инструментальные данные:

Рентгенография грудной клетки: признаки дилатационной кардиомиопатии, центральный венозный застой.

ЭХО-КГ: НМК II-III, НТК II, КДО ЛЖ 367 мл, КСО 312 мл, ФВ ЛЖ 15-25%, в полости левого желудочка пристеночный тромб 37*26 мм, диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, признаки легочной гипертензии.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый со средней ЧСС 80/мин., редкая одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, частая (полиморфная и политопная) одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, периоды би-, три- и квадригеминии, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

В кардиологической клинике выставлен диагноз: ДКМП с ФВ=15-25%, КДО=367 мл, КСО=312 мл, НМК II-III, НТК II, пристеночный тромб левого желудочка 37*26 мм. Нарушения ритма сердца (V класс по Лауну): пароксизмы желудочковой тахикардии, частая полиморфная и политопная желудочковая э/систолия, периоды би-, три- и квадригеиминии, групповая н/желудочковая э/систолия. ХСН IIБ (застой в легких клинически, застойная печень, центральный венозный застой в легких рентгенологически, легочная гипертензия, застойная почка), ФКЗ-4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия рубцевания.

ВОПРОСЫ:

1. Объясните принципы терапии данного заболевания с указанием названий лекарственных препаратов и ориентировочных дозировок.
2. Представьте классификацию нарушений ритма сердца по Лауну.
3. Возможные осложнения ДКМП и прогноз.
4. Современные принципы хирургического лечения данного заболевания.
5. Существует ли проблема трансплантации сердца в России?

ЗАДАЧА 49

Больной А., 46 лет, злоупотребляет алкоголем. Заболел внезапно 2 дня назад. Появились озноб, слабость, боль в подмышечной области слева, связанная с дыханием, повысилась температура. На следующий день состояние больного ухудшилось: температура поднялась до 39°C, появились одышка, сердцебиение, головная боль, кашель с густой тягучей с примесью крови мокротой, боль в грудной клетке усилилась. Находился дома, врача не вызывал. На 3-й день в связи с ухудшением состояния соседи по квартире вызвали «скорую помощь», которая доставила больного в стационар.

При осмотре: состояние больного тяжелое, одышка, ЧДД 28 в минуту, мучительный кашель (мокрота тягучая, с примесью крови, с запахом подгоревшего мяса). Температура тела 39,6°C. Выраженный цианоз губ. В легких слева укорочение перкуторного тона в области верхушки и в левой подмышечной области. Дыхание слева в месте укорочения ослаблено, с бронхиальным оттенком, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД 100/50 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, уплотнена, выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 50

Больная В., 40 лет, работница птицефермы, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 39°C, боль в грудной клетке, кашель, головную боль, боль в суставах и икроножных мышцах, слабость, тошноту. Заболела внезапно, без видимой причины. На работе появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 39°C. Ушла домой. Принимала анальгин, амидопирин. Утром состояние было неудовлетворительным, сохранялась повышенной температура, слабость, появился кашель. Вызвала участкового врача. Бала диагностирована ОРВИ. Через два дня состояние ухудшилось, кашель усилился, стал влажным, появилась одышка. Больную направили в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести. Герпетические высыпания на губах. Температура 39,6°C. ЧДД 26 в минуту. В легких слева укорочение перкуторного тона ниже угла лопатки. В месте укорочения аускультативно влажные мелкопузырчатые хрипы, дыхание жесткое, шум трения плевры. Пульс 110 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Печень незначительно увеличена.

Рентгенография органов грудной клетки: в области нескольких сегментов нижней доли слева облаковидное гомогенное затемнение, несколько увеличен левый корень, справа легочные поля без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 51

Пациент П., 64 года, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения умеренной интенсивности в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, аспирин. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.

Пациент - бывший военнослужащий, в настоящее время на пенсии, работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5-2 пачки сигарет в день. Периодически (2-3 раза в год) после переохлаждения или ОРВИ отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в последние два года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При **осмотре** выявлено следующее: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела - 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое - 22 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перку-торно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области - усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки - зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 102 в минуту, АД - 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В **анализах крови:** гемоглобин - 15,6 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 14,4 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 32 мм/ч.

В **анализе мокроты:** характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК - отсутствуют; определяются грамположительные диплококки.

На **рентгенограмме** органов грудной клетки в двух проекциях определяются участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите диагностический поиск,
2. После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 52

Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе - артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При **осмотре** состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия (ЧСС 100-110 в минуту, определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту), АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

В **анализах крови**: эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 11,6 г%, Hct - 46%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 18,6 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты - 2%), СОЭ - 46 мм/ч, СРВ - +++; рО₂ - 58%, рСО₂ - 34% (капиллярная кровь).

В **общем анализе мокроты**: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В **анализах мочи**: удельный вес - 1018, следы белка, лейкоциты - 4-6-8 в поле зрения.

Пациенту выполнена **рентгенография** органов грудной клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 53

Пациент К., 72 года, находится в урологическом стационаре по поводу аденомы предстательной железы. На четвертые сутки после цистостомии отмечено повышение температуры тела максимально до 38,9°C, с ознобом, что сопровождалось выраженной слабостью, одышкой, учащенным сердцебиением.

Больной курит в течение 50 лет по пачке сигарет в день, в течение 20 лет страдает артериальной гипертонией, 15 лет - сахарным диабетом 2-го типа, в последние 4-5 лет отмечает приступы стенокардии напряжения, соответствующие II ФК (по ССС).

При **осмотре** состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Число дыхательных движений в покое 30 в минуту. При пальпации грудной клетки - умеренно выраженная болезненность в паравертебральных точках, перкуторный звук коробочный, слева ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В этой же области определяется усиление голосового дрожания и шепотная пекторалалия. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, слева ниже угла лопатки определяется зона влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, тахикардия (до 110-115 ударов в минуту), мягкий систолический шум на верхушке,

АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. Область цистостомического дренажа не изменена, моча отходит свободно, обычного цвета. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

В анализах крови: эритроциты - 4,6 млн, гемоглобин - 15,1 г%, Hct - 43%, ЦП - 0,83, лейкоциты - 16,4 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты - 2%), СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - +++. Креатинин - 1,1 мг/дл, глюкоза - 138 мг/дл.

В анализах мочи (по дренажу): удельный вес - 1018, белок - 0,023 г, сахара нет, лейкоциты - 4-6-8 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. •Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 54

Больной К., 64 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель, отделение слизистой мокроты с прожилками крови, усиливающуюся одышку, периодическую боль в правой половине грудной клетки, потерю в массе тела на 7 кг за 3 месяца, повышение температуры, общую слабость.

Болеет 6 месяцев. Курит с детства. Работает в запыленных условиях. Ухудшение состояния в последний месяц, когда появились вышеуказанные симптомы.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Одышка в покое. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, там же определяется небольшое выпячивание грудной клетки. При перкуссии справа в нижней трети легких притупление с косой верхней границей. При аускультации в зоне притупления резкое ослабление дыхания, в нижних отделах его отсутствие.

Общий анализ крови: лейкоциты 18×10^9 /л, СОЭ 54 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: справа затемнение со смещением средостения влево.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 55

Больной В., 35 лет, при поступлении в клинику жалуется на одышку, чувство давления в правом боку, общую слабость, повышение температуры до $38,6^{\circ}\text{C}$, потливость. Заболел неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура, появился кашель, недомогание. Лечился амбулаторно. Указанные выше симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

При осмотре: легкий цианоз губ. ЧДД 28 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии ниже угла лопатки справа определяется тупость с границей, идущей вверх. В этой области дыхание резко ослаблено, либо вовсе отсутствует, на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными сухими хрипами. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД 135/85 мм.рт.ст. Сердечная тень смещена влево.

Общий анализ крови: эритроциты $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 12×10^9 /л, СОЭ 30 мм/ч.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?

3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 56

У женщины 52 лет появился мучительный сухой кашель. Температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно антибиотиками без эффекта. До этого считала себя здоровой. Участковый терапевт при осмотре патологии в легких не выявил. Общий анализ крови в норме. На обзорной рентгенограмме в III сегменте левого легкого определяется одиночное округлое образование с четкими границами и однородной структурой — так называемое «монетовидное образование».

ВОПРОСЫ:

1. Какие заболевания необходимо предположить в первую очередь?
2. Какие заболевания могут проявляться на рентгенограмме в виде «монетовидного образования» в легких?
3. Имеются ли рентгенологические признаки инфекционной природы этого образования?
4. Имеются ли рентгенологические признаки туберкулезной каверны?
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 57

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

ВОПРОСЫ:

1. Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?
2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 58

Женщина 59 лет обратилась к врачу с жалобами на нарастающую одышку в течение 6 месяцев, слабость. Три месяца назад с этими жалобами она была госпитализирована в пульмонологическое отделение, где был выставлен диагноз «Двусторонняя пневмония». Проводимая антибактериальная терапия не дала эффекта. После выписки из стационара состояние продолжало ухудшаться: усилились одышка, слабость. Последние 3 дня отмечается повышение температуры до субфебрильной. При аускультации в заднебазальных отделах и в межлопаточной области выслушивается крепитация. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в нижних отделах обоих легких имеется неоднородное затенение с ячеистой структурой.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какой патологический процесс в легких можно предположить?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие лекарственные средства следу.
4. Какова дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА 59

При проведении плановой флюорографии у мужчины 47 лет, экономиста по профессии, были выявлены изменения в корне правого легкого. Пациент жалоб не предъявлял. Физикальный осмотр патологии также не выявил. Выполнена обзорная рентгенография легких. На рентгенограмме в области корня правого легкого определяется участок затенения округлой формы с ровными закругленными контурами и однородной структурой. За областью затенения просматривается контур восходящей аорты и легочная артерия нормальных размеров. После

заключения рентгенолога («Нельзя исключить центральный рак правого легкого») был направлен в пульмонологическое отделение.

ВОПРОСЫ

1. С какими заболеваниями надо дифференцировать образование в правом корне легкого? 2. Какое заболевание вы бы предположили в первую очередь?
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 60

Мужчина 35 лет, сантехник, обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, сонливость и потерю аппетита. На обзорной рентгенограмме в 7 обоих легких на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяется множество мелкоочаговых теней различной величины, преимущественно в средних и нижних отделах. Лимфаденопатия корней легких и средостения отсутствует.

ВОПРОСЫ:

1. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие заболевания с подобной рентгенологической картиной наименее вероятны?
3. Какое заболевание можно предположить прежде всего?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 61

В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; BE - 10.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

ЗАДАЧА 62

Больная М., 44 года, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боли в области сердца сжимающего характера, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 3 мин. В возрасте 22 лет перенесла тяжелую ангину, около месяца находилась на лечении в больнице. Длительное время занималась спортом и чувствовала себя хорошо. Около двух лет назад при профилактическом осмотре был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ была выявлена гипертрофия левого желудочка, что было расценено как проявление «спортивного сердца», ЭхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних трех месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Профессиональных вредностей нет, пациентка не курит, не употребляет алкоголь. Направлена участковым терапевтом для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост - 174 см, вес - 68 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Костно-мышечная система без патологии. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук, при топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии в четвертом межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации - II тон ослаблен во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 60 уд/мин. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 60 уд/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 8 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, эритроцитов, белка, глюкозы нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы, которые наблюдаются у больной.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 63

Больной П., 75 лет, предъявляет жалобы на сжимающие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке и в покое, купирующиеся нитроглицерином в течение 2 мин, одышку при небольшой физической нагрузке. Пять лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. При пальпации грудной клетки определяется усиленный верхушечный толчок в четвертом межреберье на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. Границы сердечной тупости: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. При аускультации сердца: ЧСС - 68 уд/мин, тоны сердца во втором межреберье справа от грудины ослаблены, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Пульс ритмичный, слабого наполнения, медленный, 68 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3%. СОЭ - 8 мм/ч. Иммунологический анализ крови: СРБ отрицательный, титр анти-гиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептоли-зина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, белка, эритроцитов, глюкозы нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение уровня холестерина до 7,2 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие без патологии, увеличение левого желудочка, аорта плотная.

ВОПРОСЫ:

1. Объясните аускультативную картину сердца пациента.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 64

Больная П., 44 г., поступила в клинику с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила одышку при физической нагрузке. Ухудшение состояния в течение последнего года: появились и стали нарастать одышка при обычной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Также удалось выяснить, что в детстве часто болела ангинами, в 25 лет был эпизод болей в суставах после очередной ангины. Однако симптомы быстро прошли, к врачам не обращалась. Беременностей не было. Профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает.

При осмотре состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Кожные покровы бледные. Определяется усиленная пульсация сонных артерий. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеки стоп, голеней.

ЧДД - 25 в минуту. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. Границы легких при топографической перкуссии в пределах нормы. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок увеличенный, пальпируется в шестом межреберье по передней подмышечной линии. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы сердца: левая - 1,5 см кнутри от передней подмышечной линии в шестом межреберье, правая - на I см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. При аускультации выявляется ослабление I тона на верхушке сердца. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Ритм сердца правильный. Во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина- Эрба выслушивается мягкий, дующий, протодиастолический шум. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, 96 в минуту. Дефицита пульса нет. АД 150/40 мм рт.ст.

Живот нормальной формы, симметричен. Характер перкуторного звука тимпанический. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 14x12x11 см. При пальпации нижний край печени выступает из правого подреберья на 3-4 см, мягкой консистенции, безболезненный, поверхность печени ровная. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 15×10^9 /л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, сегментоядерные - 61 %, палочкоядерные - 6 %, эозинофилы - 3 %, лимфоциты - 25 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).

Общий анализ мочи: удельный вес - 1017, глюкозы, белка нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

ЭКГ: высокий зубец R в отведениях V₅₋₆, глубокий S в V₁₋₂, депрессия сегмента ST в V₅₋₆, двухфазный T в отведениях V₅₋₆

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца с подчеркнутой «талией», увеличенным левым желудочком, закругленной верхушкой, напоминает «сидящую утку или башмак».

ВОПРОСЫ:

1. О чем свидетельствует аускультативная картина сердца?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные исследования необходимы для постановки диагноза?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 65

Женщина 58 лет госпитализирована в кардиологическое отделение в плановом порядке по направлению участкового врача с жалобами на перебои в работе сердца и эпизоды сердцебиения, выраженную одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость, головные боли, беспокойный сон.

В течение 7 лет, с начала климактерического периода, отметила повышение артериального давления до 190/100 мм рт ст после психо-эмоционального напряжения и в конце рабочего дня, неустойчивость настроения. К врачу не обращалась. По совету сослуживцев нерегулярно принимала капотен, валокордин без особого эффекта. В течение последнего года отметила снижение работоспособности, снизилась переносимость физической нагрузки. За месяц до госпитализации начали беспокоить перебои в работе сердца, частое сердцебиение. Появилась и стала нарастать одышка при физической нагрузке, В последнюю неделю просыпается от одышки по ночам. Обратилась к участковому врачу и госпитализирована в стационар. Работает сотрудником отдела кадров, профессиональных вредностей не имеет. Курит до 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность отягощена по отцовской линии - много лет страдал гипертонической болезнью, умер от инсульта. Перенесенные заболевания: детские инфекции, аппендэктомия.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, повышенного питания. ИМТ – 34,06 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности, умеренный цианоз губ. Периферических отёков нет. ЧДД – 22 в мин. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы над верхними отделами. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень у края рёберной дуги.

Данные клинико-инструментального обследования: Клинический анализ крови без особенностей.

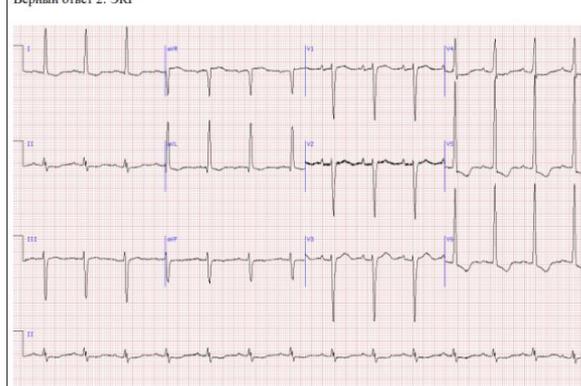
Биохимическое исследование крови

Наименование	Нормы	
Общий белок	64 - 82	66
Альбумин	32 - 48	34
Мочевина	2,5 - 6,4	5,5
Креатинин	53 - 115	92
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	60,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	290,2
Глюкоза	3,89 - 5,83	6,6

Липидный статус

Холестерин общий	1,4 - 5,7	6,0
Триглицериды	0,20 - 1,70	2,57
Холестерин ЛПНП	<3,36	4,1
Холестерин ЛПВП	>1,2	1,12

Верный ответ 2: ЭКГ





Усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет. Признаки перегрузки малого круга кровообращения.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Требуется ли дополнительные исследования?
3. Назначьте лечение

ЗАДАЧА 67

Пациент 43 лет обратился к участковому врачу поликлиники с жалобами на головные боли в затылочной области, сердцебиение, снижение работоспособности, концентрации внимания, ухудшение сна. Рос и развивался нормально. Из перенесённых заболеваний - детские инфекции. Работает менеджером крупной фирмы. Курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет. Семейный анамнез: мать больного (58 лет) страдает артериальной гипертонией. Впервые головная боль и учащённое сердцебиение возникли 6 лет назад во время напряжённой работы, связанной с психо-эмоциональными перегрузками. По совету коллег принимал «Новопассит» (комплекс экстрактов боярышника, хмеля, валерианы и пассифлоры) с эффектом. Тогда впервые было зарегистрировано повышение АД до 170/100 мм рт.ст. В дальнейшем, при психоэмоциональном напряжении, возобновлялись головные боли и сердцебиение, при этом регистрировались повышенные цифры АД 160-170/100-105 мм рт.ст. К врачу не обращался, принимал «Новопассит», настойку пустырника. В течение последнего месяца отметил повышенную утомляемость, нарушение сна, снижение работоспособности. Это заставило обратиться за медицинской помощью. Объективный статус: Состояние при осмотре относительно удовлетворительное. Правильного телосложения. ИМТ – 23,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски повышенной влажности, белый дермографизм, периферических отёков нет. ЧДД- 18 в мин. В лёгких при аускультации хрипов не выслушивается. ЧСС- 88 в мин. Тоны сердца при аускультации ясные, ритм правильный. АД – 160/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Результаты обследования: Клинический анализ крови без особенностей. Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белка, глюкозы нет, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимическое исследование крови

Наименование	Нормы	14.11.17 14:36***
Общий белок	64 - 82	66
Альбумин	32 - 48	34
Мочевина	2,5 - 6,4	5,5
Креатинин	53 - 115	82
Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,5
Билирубин общий	5,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	60,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	290,2

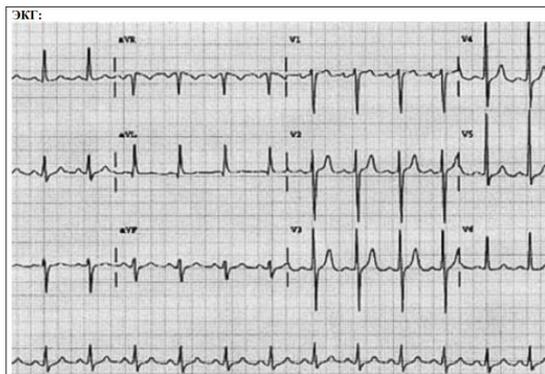
Глюкоза в плазме крови натощак - 4,5 ммоль/л

Липидный спектр

Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,6
Триглицериды	0,20 - 1,70	1,5
Холестерин ЛПНП	<3,36	2,1
Холестерин ЛПВП	>1,2	2,12

Креатинин сыворотки крови с определением СКФ

Креатинин - 82 ммоль/л; СКФ - 76 мл/мин
Микроальбуминурия - 2,5 г/ммоль



ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Требуется ли дополнительные исследования?
3. Назначьте лечение

ЗАДАЧА 68

Больной М., 57 лет. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на стабильное повышение АД в пределах 140-160/85-90 мм рт ст. при ЧСС 75-80/мин, частые головные боли. В течение последнего года до 2-3 раз в неделю АД повышается до 180/90 мм рт ст., повышение сопровождается головными болями в затылочной и височных областях, головокружениями, «мушками» перед глазами. При ходьбе более 5 км в нормальном темпе одышка и боли в груди не беспокоят. Регулярно лекарственные препараты не принимает, в экстренных случаях использует эналаприл 5 мг с хорошим эффектом. Курит 25 лет до 15-20 сигарет в день, периодически употребляет алкоголь, работает инженером, ведет малоподвижный образ жизни. Отец страдал артериальной гипертензией с 35 лет, перенес ОНМК, мать умерла от онкологического заболевания.

Объективное исследование. Состояние удовлетворительное, ИМТ - 32 кг/м², окружность талии 110 см, незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД 160/90 мм рт ст., ЧСС 73/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: п/а крови и мочи без патологии, КФК-МВ - 15 МЕ/л, АСТ - 30 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, глюкоза крови - 6,5 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, креатинин - 0,065 ммоль/л, мочевина 4,0 ммоль/л, общий ХС - 7,4 ммоль/л, триглицериды - 6,0 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, ЛПВП - 1,07 ммоль/л, С-реактивный белок 1,5 мг/дл, фибриноген 4,5 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 73/мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография грудной клетки: атеросклероз аорты, перибронхиальный фиброз.

ЭХО-КГ: $V_e > V_a$, атеросклероз аорты, КДО ЛЖ 120 мл, ФВ ЛЖ 70%, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 9 мм, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 9 мм.

Величина комплекса «интима-медиа» 0,8 мм.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый, средняя ЧСС 75/мин., аритмии и ишемии нет.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования. Какие патологические изменения можно при этом выявить?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Современные принципы классификации артериальной гипертензии. Дайте характеристику артериальной гипертензии I стадии.
5. Назначьте лечение с указанием названий и дозировок лекарственных препаратов.

ЗАДАЧА 69

Больной М., 50 лет. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на постоянную общую слабость, быструю утомляемость, стабильное повышение АД в пределах 160-170/90-100 мм рт ст. при ЧСС 75-85/мин, частые головные боли, появление отеков голеней по вечерам. 3-4 раза в неделю АД повышается до 200/120 мм рт ст., что сопровождается головными болями в затылочной и височных областях, головокружениями, «мушками» перед глазами, тошнотой. Повышенное АД отмечает более 10 лет. При ходьбе более 1 км в нормальном темпе появляется легкая одышка, болей в груди при этом не отмечает. В прошлом году выполнена ЧТКА с установкой стента «Taxis» по поводу атеросклеротического стеноза передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Регулярно принимает лекарственные препараты: аспирин 100 мг утром, клопидогрель 75 мг/сут., эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, метопролол 25 мг 2 раза в сутки, аторвастатин 10 мг утром, в экстренных случаях использует нифедипин 10 мг или каптоприл 25 мг с хорошим эффектом. Страдает сахарным диабетом 2-го типа 5 лет, принимает регулярно метформин 1000 мг/сутки. Перенес ОНМК по ишемическому типу 5 лет назад (лечился в стационаре) с исходом в легкий левосторонний гемипарез. Не курит 5 лет, ранее курил до 20 сигарет в день, периодически употребляет алкоголь, после перенесенного ОНМК признан инвалидом 3 группы. Отец страдал артериальной гипертензией, перенес ОНМК, мать страдала ИБС и артериальной гипертензией.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, ИМТ - 29 кг/м², окружность талии 110 см, незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 160/90 мм рт ст., ЧСС 73/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеки голеней. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Инструментальные данные:

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 73/мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: атеросклероз аорты, перибронхиальный фиброз, увеличение левого желудочка.

ЭХО-КГ: $V_e < V_a$, атеросклероз аорты, КДО ЛЖ 140 мл, ФВ ЛЖ 63%, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 12 мм, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 12 мм, диастолическая дисфункция левого желудочка по I типу.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый, средняя ЧСС 75/мин., одиночная желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, ишемии нет.

Ультразвуковое исследование сонных артерий: гемодинамически значимые атеросклеротические бляшки в обеих общих сонных артериях.

Глазное дно: рассеянные геморрагии и экссудаты.

Лабораторные данные: п/а крови без патологии, протеинурия - 500 мг/сутки, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 7,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевины 10,0 ммоль/л, общий ХС – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите признаки гипертрофии левого желудочка по ЭКГ.
3. Современные принципы классификации артериальной гипертензии. Дайте характеристику артериальной гипертензии III стадии.
4. Назначьте лечение с указанием названий и дозировок лекарственных препаратов.
5. Нуждается ли больной в хирургической коррекции?

ЗАДАЧА 70

Больной 43 лет, водитель такси. Жалобы на боли в эпигастральной области справа, чаще натощак, уменьшаются после приема пищи, изжоги, кислые отрыжки. Болен, в течение 3 месяцев. 5 лет ревматоидный артрит, по поводу которого часто принимал НПВС.

Объективно: лучезапястные суставы утолщены, без признаков воспаления.

Язык обложен. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы на вдохе. Пульс 92 в минуту. При пальпации умеренная болезненность в эпигастральной и пилорoduоденальной области. По данным ЭДГС обнаружен дуоденит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки 3*4 см, подострый антральный гастрит. ИФА Helikobakterpylori YgA - титр 1: 385.

ВОПРОСЫ.

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Какие дополнительные исследования еще необходимы?
 3. Какие указания по режиму и диете?
 3. Назначено лечение: альмагель по 1 ст. л. 3 р/д после еды, викалин по 1 таб. 4 раза, мезим форте по 1 т 3 раза в день, но-шпа 0,034 * 3 раза, солкосерил в/м, тазепам 1 т. на ночь.
- Оцените рациональность назначения.
Ваши предложения по коррекции лечения.
5. После окончания курса лечения, какие диагностические мероприятия будете проводить

ЗАДАЧА 71

Пациент С., 24 года, обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 ч после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры. Впервые подобные жалобы возникали год назад, купировал боли самостоятельно приемом алмагеля. В анамнезе хронический гастрит более трех лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 С. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 70 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в зоне Шоффара. Селезенка и печень не увеличены. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

В ОАК: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 60 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 30 %, моноциты - 8 %. СОЭ - 10 мм/ч.

ВОПРОСЫ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы и синдромы выявлены у пациента?
3. Составьте план обследования больного.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 72

Больную 42 лет в течение 4 лет периодически беспокоит чувство тяжести в эпигастрии и тошнота, отрыжка воздухом, изжога. Последние 3 года снижен аппетит, периодически, при нарушении диеты, беспокоят горечь во рту, кратковременные колющие боли в правом подреберье. Кожные покровы бледно-розовой окраски, тургор кожи снижен. Определяется болезненность в эпигастральной области, дискомфорт в околопупочной области, живот вздут. ФГДС: выраженная гиперемия антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены, примесь желчи, застойная гиперемия, рубцовая деформация ДПК, примесь желчи в ДПК, дуоденогастральный рефлюкс.

ВОПРОСЫ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина заброса желчи в ДПК.
3. Назовите причины деформации ДПК.
4. Дополнительное обследование.
5. Какое лечение показано.

ЗАДАЧА 73

Больной Р., 52 лет, поступил в клинику в плановом порядке с жалобами на тупую постоянную боль и чувство полноты в эпигастральной области, усиливающееся после приема даже небольшого количества пищи. При приеме большого объема пищи, например, после обеда появляется ощущение распирания, возникает тошнота, облегчение наступает после рвоты. Беспокоит отрыжка пищей, тухлым яйцом. За 8 месяцев похудел на 7 кг. Болен около 15 лет. Неоднократно лечился стационарно, в санатории по поводу язвенной болезни. Последнее обострение наступило около полугода назад. При этом больной отметил изменение состояния, боль перестала четко зависеть от приема пищи, похудел.

При осмотре: больной пониженного питания, кожа сухая, хейлит, язык покрыт белым налетом. При пальпации живота определяется «шум плеска» над эпигастральной областью. Нижняя граница желудка на 3-4 см ниже пупка. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, болезненна.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 74

Больной А., 32 лет, обратился к врачу с жалобами на частые умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 мин после приема пищи, а также на голодные боли, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При болях и изжоге принимает Фосфалюгель или Альмагель с положительным эффектом. Три дня назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем обратился к врачу. Профессиональный анамнез: больной работает шофером на междугородних перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, отца - язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,5°C. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. ЧДД = 16 в 1 мин. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 115/70 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена.

Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л, лейкоциты - $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 57%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 32%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения.

Эзофагогастродуоденоскопия: Преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Взята биопсия слизистой оболочки

Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori*- слабая обсеменность (до 20 микробных тел в поле зрения).

ВОПРОСЫ:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие факторы способствуют развитию данного заболевания у больного?
3. Какие исследования позволяют оценить секреторную функцию желудка?
4. Перечислите неинвазивные методы обнаружения *H. pylori*.
5. Перечислите основные принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 75

Больной В., 42 лет, жалуется на боли ноющего характера, возникающие независимо от приема пищи, и чувство тяжести после еды в эпигастральной области, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, легкую возбудимость, неустойчивое настроение.

Считает себя больным три года. В последние два месяца самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастральной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Ранее с указанными жалобами к врачам не обращался.

Профессиональный анамнез: больной работает конструктором. После окончания школы работал и одновременно учился в институте. Рабочий день был ненормированный, питался нерегулярно, часто всухомятку. В последние годы режим питания правильный. Вредные привычки: курит с 18 лет по 1 пачке сигарет в день, несколько лет употреблял алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у матери и брата - хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. В углах рта мацерации и поперечные трещины. Волосы легко ломаются и выпадают. Грудная клетка конической формы. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 66 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов, сосочки сглажены. Десны легко кровоточат. Живот нормальной конфигурации, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий. Симптомы Щеткина - Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко восходящая поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. При пальпации сигмовидная и слепая кишки слегка болезненны. Отмечается

урчание и плеск при пальпации слепой и ободочной кишки. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: НЬ -100 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты-8%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Эзофагогастродуоденоскопия: Эндообразований в пищеводе, желудке и осмотренных отделах двенадцатиперстной кишки не выявлено. Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Широкие участки незначительно истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета различной формы небольших размеров. *Helicobacter pylori* не выявлен.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие показатели желудочной секреции вы предполагаете получить при обследовании больного?
4. Какую терапию необходимо назначить данному больному?

Критерии оценивания ситуационных задач

Оценка «отлично».

Аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

Оценка «хорошо».

Если аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

Оценка «удовлетворительно».

Если аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

Оценка «неудовлетворительно».

Если аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.