

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЧИСТОПОЛЬСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»

СОГЛАСОВАНО

Зам. главного врача

ГАУЗ «Чистопольская ЦРБ»

Чистопольская
Хасанзянова Р.Г.

«*5*» *июня* 2023 г.



УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по

учебной работе

О.В.Мигачева

«*5*» *июня* 2023 г.

О.В.Мигачева

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ПМ.02. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МДК 02.01 ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ

ДИАГНОСТИКИ, НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Рассмотрен и одобрен

на заседании ЦМК

специальных дисциплин

Протокол № *14*

«*5*» *июня* 2023 г.

Председатель:

Кабы Кабирова Э.М.

2023 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Паспорт
2. Фонд оценочных средств для текущего контроля
3. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации (контрольная работа, экзамен, диф.зачет)

Приложение

1. Паспорт

Назначение:

ФОС предназначен для текущего контроля и оценки результатов освоения учебной дисциплины МДК 02.01 проведения медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля специальность 31.02.01 Лечебное дело

Освоение программы учебной дисциплины МДК 02.01 проведения медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля специальность 31.02.01 Лечебное дело

Обеспечивает достижение студентами следующих результатов:

Код	Наименование общих компетенций
ОК 01	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 04	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК 09	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

Перечень профессиональных компетенций

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 2	Осуществление лечебно-диагностической деятельности
ПК 2.1	Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.2	Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.3	Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента
ПК 2.4	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.

В результате освоения профессионального модуля обучающийся должен¹:

Владеть навыками	<p>ведение амбулаторного приема и посещение пациентов на дому; сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей);</p> <p>проведение осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценка состояния здоровья пациента;</p> <p>формулирование предварительного диагноза, основанного на результатах анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациента;</p> <p>составления плана обследования пациента, а также направление пациента для его прохождения;</p> <p>интерпретации информации, полученной от пациента, результатов физикального обследования, результатов инструментальных и лабораторных обследований, с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний</p> <p>проведения диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений;</p> <p>направление пациента для консультаций к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;</p> <p>проведение осмотра беременных женщин в случае физиологически протекающей беременности и направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, а также паллиативной помощи;</p> <p>выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований,</p> <p>визуальных и пальпаторных локализаций и направление пациентов с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";</p> <p>составлении плана лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;</p> <p>назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза и клинической картины заболеваний и (или) состояний;</p> <p>оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения;</p> <p>отпуска и применения лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании;</p> <p>реализации лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи;</p> <p>направление пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу) или участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;</p> <p>обеспечение своевременной госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с</p>
------------------	---

	<p>патологией беременности, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в родильное отделение;</p> <p>обеспечение рецептами на лекарственные препараты;</p> <p>направление пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;</p> <p>ведение физиологических родов;</p> <p>проведение динамического наблюдения за пациентом при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, по назначению врача;</p> <p>посещение пациентов на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациентов, течением заболевания, проведения измерения и оценки показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретации полученных данных;</p> <p>проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>оформление и выдача пациенту листка временной нетрудоспособности, в том числе в форме электронного документа;</p> <p>подготовка документов для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами.</p>
<p>Уметь</p>	<p>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей);</p> <p>интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);</p> <p>оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей;</p> <p>проводить физикальное обследование пациента, включая:</p> <p>осмотр,</p> <p>пальпацию,</p> <p>перкуссию,</p> <p>аускультацию</p> <p>оценивать состояние пациента;</p> <p>оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания, проводить:</p> <p>общий визуальный осмотр пациента,</p> <p>осмотр полости рта,</p> <p>осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал,</p> <p>измерение роста,</p> <p>измерение массы тела,</p> <p>измерение основных анатомических окружностей,</p> <p>измерение окружности головы,</p> <p>измерение окружности грудной клетки,</p> <p>измерение толщины кожной складки (пликометрия);</p> <p>проводить осмотр беременных женщин и направлять на пренатальный скрининг в случае физиологически протекающей беременности для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;</p> <p>интерпретировать и анализировать результаты физикального обследования с учетом возрастных особенностей и заболевания:</p> <p>термометрию общую,</p> <p>измерение частоты дыхания,</p> <p>измерение частоты сердцебиения,</p> <p>исследование пульса, исследование пульса методом мониторирувания,</p>

измерение артериального давления на периферических артериях, суточное мониторирование артериального давления, регистрацию электрокардиограммы, прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров, оценку поведения пациента с психическими расстройствами;

проводить диагностику неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей;

выявлять пациентов с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний и злокачественных новообразований и направлять пациентов с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";

обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных обследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

обосновывать необходимость направления пациентов к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи с учетом возрастных особенностей;

формулировать предварительный диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

разрабатывать план лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;

оформлять рецепт на лекарственные препараты, медицинские изделия и специальные продукты лечебного питания;

применять лекарственные препараты, специальные продукты лечебного питания и медицинские изделия при заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, с учетом возрастных особенностей, в том числе по назначению врача;

назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза и клинической картины заболевания;

проводить следующие медицинские манипуляции и процедуры:

- ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода;
- ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер;
- установка и замена инсулиновой помпы;
- пособие при парентеральном введении лекарственных препаратов;
- пункция, катетеризация кубитальной и других периферических вен;
- внутривенное введение лекарственных препаратов;
- непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов;
- внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов;
- уход за сосудистым катетером;

проводить введение лекарственных препаратов:

- накожно, внутрикочно, подкожно, в очаг поражения кожи;
- внутримышечно;
- внутрикостно, используя специальную укладку для внутрикостного

	<p>доступа, внутрисуставное, околоуставное; интраназально, в наружный слуховой проход; втиранием растворов в волосистую часть головы; с помощью глазных ванночек с растворами лекарственных препаратов; инстилляцией лекарственных препаратов в конъюнктивную полость; интравагинально, ректально, с помощью клизмы; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, и немедикаментозного лечения; осуществлять отпуск и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании; направлять пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний; вести физиологические роды; вести учет лекарственных препаратов; проводить мониторинг течения заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания; оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения; проводить посещение пациента на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациента, течением заболевания; проводить измерение и оценку показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретировать полученные данные; Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами; оформлять листок временной нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа; оформлять документы для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами.</p>
Знать	<p>клиническое значение и методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов или их законных представителей; закономерности функционирования здорового организма человека с учетом возрастных особенностей и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах; правила и цели проведения амбулаторного приема и активного посещения пациентов на дому; клиническое значение методики проведения медицинских осмотров и обследования пациента; методика расспроса, осмотра пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания; клинические признаки и методы диагностики заболеваний и (или) состояний у детей и взрослых, протекающих без явных признаков угрозы жизни и не требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; клиническое значение основных методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; признаки физиологически нормально протекающей беременности; этиологию, патогенез, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и (или)</p>

состояний;

международную статистическую классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;

медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;

медицинские показания и порядок направления пациента на консультации к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;

медицинские показания к оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;

порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи, технологии выполнения простых медицинских услуг;

порядок назначения, учёта и хранения лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания в соответствии с нормативными правовыми актами;

методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и (или) состояниях у детей и взрослых;

механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению лекарственных препаратов, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции на введение лекарственных препаратов;

методы немедикаментозного лечения: медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции;

механизм действия немедикаментозных методов лечения (физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж, иглорефлексотерапия, бальнеотерапии, психотерапия);

нормативные правовые акты, регулирующие обращение лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента, рецептов, отпуск лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий, а также их хранение;

требования к ведению предметно-количественного учета лекарственных препаратов;

порядок ведения физиологических родов;

принципы, цели и объем динамического наблюдения пациентов, с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей;

нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

критерии временной нетрудоспособности, порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

правила оформления и продления листка нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа;

классификация и критерии стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу при стойком нарушении функций организма.

2. Фонд оценочных средств для текущего контроля

Формами текущего контроля по ПМ 02 являются: тестовые задания, решения ситуационных задач, работа с таблицами.

МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля

Раздел 1. Осуществление диагностики и лечения заболеваний терапевтического профиля

Тема 1.10. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания

Решите ситуационные задачи:

Задача №1

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

Задача №2

Пациент 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке: повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела $37,3^{\circ}\text{C}$, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Задача №3

У пациента Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена.

Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Задача №4

Пациент А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до $37,5^{\circ}\text{C}$. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. Объективно: темп.

37,3⁰С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время сформированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

Задача №5

Пациент 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39⁰С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы. Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см² угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Задача №6

Пациент К., 40 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на повышение температуры до 38⁰С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость. Считает себя больным в течение недели, когда усилился кашель, появилась одышка при ходьбе, температура во второй половине дня. Из перенесенных заболеваний отмечает острую пневмонию 2 года назад, хронический гастрит в течение 10 лет.

Курит до 1,5 пачек в день, алкоголь употребляет. Месяц назад вернулся из заключения, не работает. При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы влажные, на левой щеке румянец. Температура 37,3⁰С. Пальпируются подмышечные лимфоузлы, подвижные, безболезненные, 0,5 x 1,0 см. ЧДД 20 в минуту. Отмечается укорочение перкуторного звука над левой верхушкой, там же дыхание с бронхиальным оттенком, единичные сухие хрипы. Над остальной поверхностью дыхание смешанное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, ритмичны. Пульс — 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного

наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт. ст.. Язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание №1

1. Составить ситуационную задачу на пациента с диагнозом: ХОБЛ, тяжелое течение, Эмфизема легких ДН 2 СТ.

1. Необходимое обследование пациента. Назначьте лечение.

Задание №2

1. Составить ситуационную задачу на пациента с диагнозом: острая правосторонняя внебольничная пневмония. Правосторонний экссудативный плеврит

2. Обоснуйте необходимое инструментальные методы обследования.

Тема 1.7. Методы обследования пациента с патологией системы кровообращения

Задача 1

Пациент Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физиологическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 140/95 мм рт. ст. Пульс – 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны – на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС – 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задача 2

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в мин.

Пульс удортетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра, левая на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии в у межреберье. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дующего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Задача 3

Пациент К., 32 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение размеров живота, отеки ног. В детстве перенесла полиартрит. Два года назад появилась мерцательная аритмия. Изредка отмечается кровохарканье.

Объективно: акроцианоз, "митральная бабочка", положительный венный пульс на шее, эпигастральная пульсация. Дыхание жесткое, в задне-нижних отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичный, 82 в мин. Дефицита пульса нет. Правая граница сердца на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во 2 межреберье, левая по левой срединно-ключичной линии. 1 тон на верхушке усилен, выслушивается ритм перепела, 2 тон на легочной артерии акцентирован, на верхушке выслушивается диастолический шум. У основания мечевидного отростка выслушивается систолический шум с усилением на вдохе. АД - 110/90 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен в размере за счет асцита и увеличенной печени, которая выступает на 6 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная, отмечается систолическая пульсация. Отеки ног.

Задача 4

Пациент Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задача 5

Пациент К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

Задача 6

Пациент К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением "сетки" перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задача 7

Пациент В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года.

Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задача 8

Пациент Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При поступлении жалуется на сильную слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии.

Болен в течение недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева - 1,5 × 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 × 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела - 38,9 С. Суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область. диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

Задача 9

Пациент С., 26 лет, токарь, жалуется на интенсивные боли режущего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину. Боль возникает в 5 часов утра, после завтрака успокаивается, но спустя 2-2,5 часа вновь усиливается. Часто

отмечаются рвоты натошак жидким желудочным содержимым с последующим ощущением «оскомины» на зубах. Болеет 2 года. Дважды обследовался, лечился в гастроэнтерологическом отделении с кратковременным улучшением состояния на 5-8 месяцев. В анамнезе - инфекционный гепатит в возрасте 4 лет, часто болеет ОРВИ. Отец страдает хроническим гастритом. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы влажные, холодные. Поверхностная болезненность кожи слева от I-III поясничных позвонков. Со стороны легких и сердца - данные без особенностей. Язык красный, склеры субиктеричны. Живот напряжен в эпигастрии под мечевидным отростком, здесь же определяется локальная болезненность, положителен симптом Менделя. Отрезки толстого кишечника безболезненны. Край печени выступает на 2 см, слегка уплотнен, безболезнен. Зона Шоффара нечувствительна. Селезенка не увеличена.

При посещении врачом на дому больного С., 62 лет, предъявлял жалобы на интенсивные сжимающие боли за грудиной, сопровождающиеся чувством страха смерти, резкую слабость, перебои в работе сердца. Месяц назад обращался в поликлинику по поводу учащения и усиления сжимающих болей за грудиной, связанных с физической нагрузкой. По результатам объективного обследования и ЭКГ была диагностирована стенокардия, артериальная гипертензия, назначен сустонит-форте по 1 табл. x 2 раза в день, адельфан по 1 табл. x 3 раза в день. Отмечал улучшение состояния. Однако сегодня утром состояние резко ухудшилось, резкие боли за грудиной держались более 40 минут, появилась выраженная слабость, холодный липкий пот, одышка, сердцебиение. Принимал нитроглицерин со слабым эффектом. Объективно: состояние тяжелое. Лежит в постели неподвижно. Кожа с бледновато-серым оттенком, влажная, холодная. ЧДД - 22 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца глухие, аритмичные с единичными экстрасистолами. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Последний раз мочился 4 часа назад.

15-летняя школьница в очередной раз перенесла на ногах ангину, после чего остается субфебрилитет, девочка быстро устает, появились одышка при небольшой физической нагрузке и сердцебиение. Объективно: температура тела 37,2⁰С. Миндалины увеличены, рыхлые. Легкий цианоз губ. Предсердная область при осмотре не изменена. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, малого наполнения, 96 в 1 мин. АД — 105/75 мм рт. ст. Перкуторные границы относительной тупости сердца несколько расширены влево и вверх. На верхушке сердца 1 тон ослаблен, здесь же выслушивается дующего тембра систолический шум, усиливающийся после физической нагрузке (5 приседаний) и в положении на левом боку, иррадиирующий в левую подмышечную область. II тон несколько акцентирован на легочной артерии. Со стороны других органов — без особенностей.

Задача 10

Пациент С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку. Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина. Объективно: температура 36,8*С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задача 11

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои а сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье. Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертонией и ишемической болезнью сердца. Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопное. Одышка в покое с ЧД 28 в 1 мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в V межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны: правая - на 2,0 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - во II межреберье, левая - совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон

на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт ст Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

Задание №1

1. Составьте ситуационную задачу на пациента с диагнозом : 1. ИБС. ВСС
2. Ваши действия.

Задание 2

1. Составьте ситуационную задачу на пациента с диагнозом ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

Задание 3.

Заполните таблицу:

Признак	Бронхиальная астма	Сердечная астма
Предшествующие заболевания		
Возраст		
Поведение больного в момент приступа		
Одышка		
Аускультация легких		
Сердце		
Мокрота		

Задание 4

Вы фельдшер ФАПа. Окажите неотложную доврачебную помощь пациенту с диагнозом: ИБС. ОКС.

Тестовый контроль по теме "Сердечно - сосудистые заболевания у пожилых"

Выберите один правильный ответ.

1. Возрастные изменения сердечно - сосудистой системы:

- А. снижение объема циркулирующей крови;
- Б. брадикардия ;
- В. повышение АД;
- Г. все вышеперечисленное.

2. В старости артерии:
 - А. расширяются;
 - Б. не изменяются;
 - В. укорачиваются;
 - Г. сужаются.
3. Какой ритм сердца характерен при физиологическом типе старения:
 - А. тахикардия ;
 - Б. брадикардия;
 - В. нормальный, синусовый;
 - Г. аритмия.
4. Уровень АД при атеросклеротической гипертензии характеризуется:
 - А. повышением систолического , понижением диастолического давления;
 - Б. снижением систолического , повышением диастолического давления;
 - В. равномерным повышением систолического и диастолического давления;
 - Г. остается в пределах нормы.
5. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста:
 - А. атеросклероз;
 - Б. болезнь Иценко - Кушинга;
 - В. хронический пиелонефрит;
 - Г. феохромоцитомы.
6. Приступ стенокардии у пожилых обусловлен:
 - А. спазмом сосудов;
 - Б. изменением обмена веществ;
 - В. гипокалиемией;
 - Г. гипоксией миокарда.
7. Приступ стенокардии у пожилых характеризуется:
 - А. выраженными болевыми ощущениями;
 - Б. необычной иррадиацией и сглаженностью болевых ощущений;
 - В. выраженными вегетативными и сильными болевыми ощущениями;
 - Г. безболевой формой.
8. Для купирования приступа стенокардии целесообразно использовать:
 - А. валидол;
 - Б. но-шпу;
 - В. нитроглицерин;
 - Г. валокардин.
9. Для лечения стенокардии в пожилом возрасте используют:
 - А. диуретики + ингибиторы АПФ + антагонисты кальция;
 - Б. сердечные гликозиды + диуретики + нитраты;
 - В. нитраты + ингибиторы АПФ + антагонисты кальция;
 - Г. нитраты + диуретики + ингибиторы АПФ.
10. Антисклеротическое питание для пожилых предусматривает употребление:
 - А. яиц;

- Б. овощей;
- В. сала;
- Г. рыбы.

11. Дозы лекарственных препаратов, используемых для лечения ИБС у пожилых, должна быть:

- А. равно дозе среднего возраста;
- Б. на 50% превышать дозу среднего возраста;
- В. на 50% быть меньше дозы среднего возраста.

12. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста:

- А. усиление воспалительной реакции;
- Б. ослабление воспалительной реакции;
- В. повышение порога болевой чувствительности;
- Г. снижение порога болевой чувствительности.

Тесты для текущего контроля

Решите тесты

1. Свойства пульса, кроме:

- а) наполнения;
- б) напряжения;
- в) давления;
- г) частоты;
- д) ритмичности.

2. Дефицит пульса наблюдается:

- а) при низком АД;
- б) когда частота пульса меньше частоты сердечных сокращений;
- в) при редких сердечных сокращениях;
- г) при повышении АД;
- д) при высоком АД.

3. Что из перечисленного не соответствует стенокардии:

- а) иррадиация болей в нижнюю челюсть;
- б) возникновение болей при подъеме на лестницу;
- в) длительность болей в течение часа и более;
- г) боли сопровождаются чувством страха и смерти;
- д) боли купируются приемом нитроглицерина.

4. Какой из перечисленных симптомов более характерен для левожелудочковой недостаточности:

- а) набухание шейных вен;
- б) асцит;
- в) ортопноэ;
- г) отеки на ногах;
- д) отеки на лице.

5. Запись электрических потенциалов сердца производится с помощью:
- ФКГ;
 - ЭКГ;
 - эхокардиографии;
 - УЗИ;
 - ФВД.
6. Об увеличении каких отделов сердца свидетельствует конфигурация сердца с выраженной сердечной талией:
- гипертрофией правого желудочка;
 - гипертрофией правого предсердия;
 - гипертрофией левого предсердия;
 - гипертрофией левого желудочка;
 - гипертрофией левого предсердия и левого желудочка.
7. Чем обусловлено смещение верхушечного толчка влево до подмышечной линии и вниз в шестое межреберье:
- гипертрофией левого желудочка;
 - гипертрофией правого желудочка;
 - гипертрофией левого предсердия;
 - дилатацией левого желудочка;
 - дилатацией правого желудочка.
8. При помощи ЭКГ можно выявить:
- нарушения ритма;
 - нарушения проводимости;
 - гипертрофию отделов сердца;
 - перегрузки отделов сердца;
 - изменение тонов сердца.
9. Где в норме расположена левая граница относительной тупости сердца в пятом межреберье:
- по правой средне-ключичной линии;
 - по левой средне-ключичной линии;
 - на 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии;
 - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии;
 - по передне - подмышечной линии.
10. Для какого заболевания характерна конфигурация со сглаженной сердечной талией:
- митральный стеноз;
 - недостаточность трехстворчатого клапана;
 - экссудативный плеврит;
 - недостаточность митрального клапана.
11. Что такое изжога:
- вздутие живота;
 - нарушение прохождения пищи по пищеводу;
 - ощущение жжения за грудиной;

- г) боли в эпигастральной области;
 - д) изменение стула.
12. Жалобы больных при заболеваниях желудка - все, кроме:
- а) изжоги;
 - б) изменения аппетита;
 - в) запоров;
 - г) болей в жите;
 - д) артралгии.
13. Что такое анорексия?
- а) повышение аппетита;
 - б) снижение аппетита;
 - в) извращение аппетита;
 - г) отвращение к определенному продукту;
 - д) полная потеря аппетита.
14. Что такое мелена?
- а) жирный блестящий, плохо смывающий кал;
 - б) жидкий кал черного цвета;
 - в) обесцвеченный кал (серый);
 - г) черный оформленный кал.
15. Хроническая железодефицитная анемия чаще:
- а) гиперхромная;
 - б) гипохромная;
 - в) нормохромная.
16. Макроцитоз в анализах крови характерен для:
- а) гемолитической анемии;
 - б) железодефицитной анемии;
 - в) в 12 дефицитной анемии.
17. Фуникулярный миелоз и глоссит характерен для:
- а) железодефицитной анемии;
 - б) в 12 дефицитной анемии;
 - в) гемолитической анемии.
18. Микросфероцитоз в анализах крови обнаруживает при:
- а) в 12 дефицитной анемии;
 - б) гемолитической анемии;
 - в) железодефицитной анемии.
19. Желтуха, увеличение печени, темный цвет мочи наблюдается при анемии:
- а) апластической;
 - б) гемолитической;
 - в) постгеморрагической.
20. Основная причина острого лейкоза:
- а) инфекция;
 - б) стрессы;

- в) хромосомное нарушение.
21. Стернальная пункция, трепанобиопсия проводится при:
- а) циррозе печени;
 - б) лейкозах;
 - в) заболеваниях гипофиза.
22. При лейкозе наблюдаются синдромы:
- а) болевой;
 - б) гипертонический;
 - в) гиперпластический;
 - г) геморрагический.
23. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение:
- а) печени;
 - б) сердца;
 - в) печени, селезенки;
 - г) лимфатический узлов.
24. Повреждение стенки сосуда иммунными комплексами наблюдается при:
- а) болезни Верльгофа;
 - б) гемофилии;
 - в) гиповитаминозе С;
 - г) болезни Шенлейна-Геноха.

Тема 1.17. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы

Тема 1.18. Диагностика и лечение психических расстройств и расстройств поведения

Выберите правильный ответ:

Тест: Нервно психические заболевания

1. Для эпилепсии характерны:

- 1. самые различные пароксизмальные расстройства
- 2. прогрессирующее течение
- 3. эмоциональная ригидность и вязкость мышления
- 4. исход - тотальное слабоумие

2. Какое из расстройств при эпилепсии может продолжаться довольно долго (до нескольких часов)?

3. Какие варианты прогноза свойственны реактивным психозам?

- 1. формирование стойкого дефекта
- 2. приступообразно-прогрессирующее течение
- 3. непрерывное прогрессирующее течение
- 4. полное выздоровление

4. Причиной возникновения аффективно-шоковых реакций обычно бывают:

- 1. катастрофы, угрожающие жизни человека и его родных
- 2. тяжелая длительная болезнь у близкого человека
- 3. стихийные бедствия

4. тюремное заключение

5. Женщина 35 лет обратилась к терапевту с жалобами на недомогание, головные боли, неприятные ощущения за грудиной, отсутствие аппетита. Такие расстройства могут быть проявлением:

1. неврастении
2. депрессивного синдрома
3. алкогольного абстинентного синдрома

4. истерии

6. Заболевания, которые нередко вызывают состояния снижения уровня сознания (оглушение, сопор, кому):

1. шизофрения
2. истерия
3. маниакально-депрессивный психоз
4. экзогенные и соматогенные поражения мозга

7. Онейроид является типичным проявлением:

1. маниакально-депрессивного психоза
2. истерических реактивных психозов
3. алкогольных психозов
4. шизофрении

8. Критериями для диагностики состояний нарушенного сознания являются:

1. отрешенность от окружающего мира и дезориентировка
2. суицидальное или социально-опасное поведение
3. частичная или полная амнезия по выходе из психоза
4. наличие бреда или галлюцинаций

9. Средство, обладающее выраженным седативным эффектом, которое можно использовать в качестве снотворного при том или ином психическом заболевании:

1. аминазин
2. корвалол
3. аскорбиновая кислота

10. Лекарственные и нелекарственные методы купирования острого галлюцинаторно-бредового приступа шизофрении:

1. различные сочетания нейролептиков с циклодолом
2. необратимые ингибиторы моноаминоксидазы
3. инсулино-коматозная терапия
4. депривация сна

11. Эмоциональные расстройства, характерные для сосудистых заболеваний головного мозга:

1. слабодушие
2. амбивалентность
3. лабильность эмоций
4. эмоциональная тупость

12. Существуют следующие клинические варианты сифилитического поражения ЦНС:

1. болезнь Пика
2. хорея Гентингтона
3. болезнь Альцгеймера
4. прогрессивный паралич

13. Характерные особенности речи больных эпилепсией:

1. темп речи замедлен
2. частое употребление уменьшительно-ласкательных суффиксов
3. излишняя детализация
4. олигофазия

14. Больной 27 лет убежден, что он является объектом воздействия со стороны инопланетян. В этом случае есть показания к назначению:

1. амитриптилина
2. трифтазина
3. ноотропила
4. галоперидола

15. Существуют следующие клинические варианты сифилитического поражения ЦНС:

1. болезнь Пика
2. хорея Гентингтона
3. болезнь Альцгеймера
4. прогрессивный паралич

16. Для поражения глазодвигательного нерва характерно?

1. сходящееся косоглазие
2. миоз
3. мидриаз
4. расходящееся косоглазие
5. птоз

17. При поражении теменной доли наблюдается?

1. аутопагнозия
2. анозогнозия
3. атаксия
4. гемианопсия
5. анакузия

18. При раздражении височной доли наблюдаются?

1. слуховые галлюцинации
2. обонятельные галлюцинации
3. анакузия
4. anosmia
5. anosmia

19. Больной с идеаторной апраксией не может?

1. назвать свои пальцы
 2. выполнить словесные задания
 3. исполнить простую команду
 4. подражать действиям
 5. выполнить символические жесты
20. Изменение поведения, эйфория, безразличие к окружающему, снижение критики, дурашливость характерны для поражения?
1. лобной доли
 2. височной доли
 3. теменной доли
 4. затылочной доли

Тема 1.12. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения

Задача 1

Пациент М., 38 лет, жалуется на изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, боль ноющего характера, почти постоянную, уменьшающуюся после еды. Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, алкоголь употребляет часто. Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно. Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 недель. Объективно: состояние удовлетворительное. Питание понижено (рост 182 см, масса тела 68 кг). Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Печень увеличена на 3,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

Задача 2

Пациент А, ветеринарный врач 50 лет, поступил с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца, боли в ногах. В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками. Последние три года периодически отмечалась умеренная желтуха, сопровождающаяся кожным зудом и темным окрашиванием мочи, проходящая самостоятельно. Объективно: больной пониженного питания, кожа желтушная со следами расчесов, тургор снижен, на груди и спине сосудистые звездочки. Дрожание рук, контрактура Дюпюитрена. Со стороны сердца, легких - патологии не выявлено. Живот увеличен в объеме за счет асцита, пупочная грыжа. Печень и селезенку пальпировать не удается из-за асцита. Стул кашицеобразный, 2 раза в день.

Задача 3

Пациент А., 45 лет, жалуется на чувство тяжести и распираания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость, запоры, чередующиеся с поносами. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась. Объективно: состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердца и легких без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот внешне не изменен, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезнен в подложечной области. Большая кривизна желудка на 2 см ниже пупка. Печень у края реберной дуги. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

Задача 4

Пациент М., 38 лет, поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в низу живота, перед дефекацией, частотой 5-6 раз в день. Жидкий стул, иногда с примесью слизи и крови, слабость, снижение трудоспособности, повышение температуры тела до 37,5 С, боли в суставах рук. Аппетит снижен, за время болезни похудел на 10 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левой голени 1 х 2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом нижнем квадранте. Урчание при пальпации слепой кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Задача 5

Пациент 47 лет поступил в приемное отделение стационара. С жалобами на резкую боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в левую половину живота, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота и общая слабость. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник. Принимал острую, жирную пищу и алкоголь. Часто ранее отмечал ощущения тяжести и вздутия живота, после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущения распираания в животе. Боли давящие, жгучие до обеда беспокоили мало, после обеда они усилились. Кал кашицеобразный, зловонный с жирным блеском. Диурез не нарушен.

Объективно: при пальпации прощупывается увеличенная поджелудочная железа в виде горизонтально расположенного, резко болезненного тяжа на 4см выше пупка. При пальпации боль иррадирует в спину. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены ЧСС 92 уд. в мин. АД 110/70. Сахар повышен.

Пациент направлен на УЗИ поджелудочной железы.

В поликлинику обратился пациент 45 лет. С жалобами на общую слабость, утомляемость, тяжесть и боли в правом подреберье после еды, ощущения горечи и сухости во рту, вздутия живота и запоры.

Пациент долгое время злоупотребляет алкоголем.

При осмотре: желтуха, кожный зуд и сухость кожи. Ладони розового цвета.

Множественные боли в мышцах и суставах. Температура 37,5°C.

Объективно: Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, на основании мечевидного отростка. ЧСС - 92 уд/мин. Печень увеличена, на 2см ниже реберной дуги. В общем анализе крови: анемия, лимфопения, увеличение СОЭ.

Задача 6

Пациент 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тошнота и рвота, чувство горечи во рту, кожный зуд. Постоянные боли в области подреберья и в подложечной области, которые усиливаются после еды или физической нагрузки. Считает себя больным в течении двух лет, когда впервые появились общая слабость и чувство тяжести в правом подреберье, но за медицинской помощью не обращался. Состояние ухудшилось в течении месяца после значительной физической нагрузки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы желтушной окраски.

Пальцы в виде «барабанных палочек» с гиперемией у ногтевых лунок. Эритема ладоней - яркий теплый окрас теплых ладоней. Лакированный, отечный необложенный язык брусничного красного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин., ЧСС 72 в

МиН, АД 130/80.

При объективном исследовании: сердцебиения, расширения границ сердца влево, глухость тонов сердца, аритмия, отдышка. На ЭКГ снижение S-T, изменение зубца Т. При УЗИ брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения печени.

Задание №1

1. Назначьте лечение пациенту Н. Язвенная болезнь желудка, обострение, НР +, полгода назад проходил эрадикацию, жалобы сохраняются.

Задание №2

1. Составьте задачу на пациента – диагноз алкогольный цирроз печени (?). При прохождении обследования Фиброскан F II/

2. Ваше мнение.

Тема 1.13. Диагностика и лечение заболеваний органов мочевого выделения

Решите ситуационные задачи:

Задача 1

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

Задача 2

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

Задача 3

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

анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{10}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Задача 4

У пациента С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40°C , резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъеция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл. При обследовании: креатинин - 660 мкмоль/л, мочевины - 27,0 ммоль/л, калий - 6,5 ммоль/л. Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{10}$ /л, Нв - 131 г/л, ц.п. - 0,9; лейкоц. - $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы: пал. - 12%, сегм. - 65%, лимфоциты - 8%, моноциты - 14%, СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 0,38 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 15-20 в п/зр. УЗИ: резкое увеличение размеров почек.

Задание №1

Заполните таблицу

Признаки	Пиелонефрит	Гломерулонефрит
Причина		
Боль в пояснице		
Озноб, повышение температуры тела		
Повышение АД		
Анализ мочи		

Тема 1.14. Диагностика и лечение заболеваний эндокринных органов

Задача 1

Пациент М., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение кожи. Имеется отечность

лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс 56 в минуту. АД - 100\60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Печень и селезенка не увеличены.

Задача 2

Больная Ч. 31 год, стенографистка. Последние два года жалуется на слабость, утомляемость, снижение аппетита, нарушение менструальной функции, рецидивирующий кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, периодические повышения температуры тела до 38 градусов. При осмотре: лицо, ладони гиперемированы. Кожные покровы со следами расчесов, склеры иктеричны, на груди, шее - сосудистые звездочки, на голенях мелкие геморрагические высыпания. Пульс 88 в минуту, ритмичный А/Д=120/80 мм рт.ст. Тоны ясные. Над всей поверхностью легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 5 сантиметров из-под реберной дуги, край болезненный, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена.

Задача 3

Пациент Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. Сегодня утром не пошел на занятия из-за сильной слабости, спал все утро, днем родственники разбудить его не смогли. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ. Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Из рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80\40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД - 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги

Задача 4

Пациент В., 30 лет, работает учителем. Обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, сердцебиение, раздражительность, дрожание всего тела, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Больная суетлива, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой (симптом «заходящего солнца»). Отмечается лабильность настроения. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы

сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД - 160\50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное. Менструации отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

Задача 5

Пациент Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180\95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажда и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, к врачу не обращалась. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190\115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Задача 6

Акромегалия 1. Пациентка 45 лет пришла на прием после проф. осмотра, где было выявлено увеличение щитовидной железы. Жалобы на сильные головные боли распирающего характера, повышение давления до 160/100.

При осмотре - рост 190 см, вес 90 кг. Черты лица укрупнены, размер обуви 43. Кожный покров физиологичен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 150/90, пульс 78 в мин. При пальпации живота - без особенностей. Пальпация щитовидной железы: Щитовидная железа увеличена до 2-3 степени, эластична, подвижна, не однородна, безболезненна.

При опросе - крупные черты лица, большой рост с детства, похожа на маму.

Длительно лечится у невропатолога по поводу головной боли, динамики нет.

Из перенесенных заболеваний: 2 года назад прооперирована по поводу миомы матки.

При гормональном обследовании щитовидной железы - эутиреоз. По УЗИ: Диффузно-узловой зоб 3.

Задача 7

Феохромоцитома 2. Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела. При амбулаторном осмотре АД - 120\80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания. При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220\130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10×10^9 \л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль л, К - 6,2 ммоль\л, Na - 138 ммоль\л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинге АД - 120\80 - 126\75 мм рт.ст.

Задача 8

Болезнь Иценко - Кушинга 3. Больная 35 лет жалуется на прибавку в весе, жажду, головные боли, боли в пояснице. Считает себя больной 2 года после родов. Лечилась по поводу гипертонической болезни. Объективно: диспластическое ожирение, на коже живота розово-синюшные стрии. АД 160/100. Тоны сердца приглушены. Гликемия натощак 8 ммоль/л, сахар в моче 1%. При рентгенографии выявлен остеопороз позвонков.

4. Пациент, 30 лет, выпивал в сутки до 7 л жидкости, назначен десмопрессин, эпизоды полидипсии периодически повторяются на фоне лечения, существенно ухудшая состояние пациента и снижая его работоспособность.

Задание 1.

Заполните таблицу:

Признаки	Гипергликемическая	Гипогликемическая
Дыхание		
Кожа		
Тонус глазных яблок		
Температура		
Сахар крови		
Сахар мочи		

Признаки	Гипертиреоз	Микседема
Функция ЦНС		

Экзофтальм		
Влажность кожи		
Температура		
Цвет кожи		
Пульс		
АД		

Тема 1.15. Диагностика и лечение заболеваний крови и кроветворных органов

Задача 1

Больная П., 52 лет, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, повышенную утомляемость, похудание, усиленное выпадение волос, кровоточивость десен, головокружение, боли в костях, мышцах, вздутие живота, урчание, жидкий стул со слизью до 10 раз в день. В анамнезе боли в животе и неустойчивый стул с детства. Последние 5 лет стала терять массу, появились ощущения дурноты и резкой слабости после приема пищи. Дважды были переломы костей. При поступлении: рост 150 см, вес 40 кг. Кожа бледная, подкожно-жировой слой отсутствует. Периферические лимфоузлы не увеличены. Голени пастозны. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, сосочки сглажены, по краям отпечатки зубов. Десны рыхлые, легко кровоточат, ангулярный стоматит. Живот умеренно вздут, безболезненный. Печень не увеличена. Масса суточного кала 650-950 г. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задача 2

У больного 25 лет в течение 2-х недель повышение температуры тела до 38⁰С, кровоточивость десен, боли в горле при глотании.

Объективно: бледность кожи и слизистых, петехиальная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей. Пальпируется селезенка на 3 см из подреберья. В зеве язвы, покрытые фибринозным налетом. В анализе крови: эр. - $2,2 \times 10^9$ /л, Нв - 79 г/л, тромб. - $22,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $30,0 \times 10^9$ /л, бластные клетки - 62%, сегм. - 24%, лимф. - 12%, мон. - 2%, СОЭ - 51 мм/час.

Задание 1

1. Составить ситуационную задачу на острый лейкоз

Задание №2

1. Составить ситуационную задачу на Хронический лимфолейкоз.

Тема 1.16. Диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани

Задача 1

Пациент А., 58 лет, продавец. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Анамнез. Данным заболеванием страдает 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Внутренние органы без существенной патологии.

Ан. крови: Нb-123 г/л, Л-7,3x10⁹/л, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%

Биохим.анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53%, глобулины а1 - 4%, а2-9%, в - 9%, у-25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед, холестерин-5,2 ммоль/л, СРБ -1.

Ан. мочи без изменений.

Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм³, менее 25% нейтрофилов).

Иммунология крови на иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.

ЭКГ: полугоризонтальная электропозиция сердца.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: изменение формы тел позвонков, очаги субхондрального остеосклероза, краевые остеофиты.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз сочленяющихся поверхностей костей, по краям - крупные остеофиты, в эпифизах - кистовидная перестройка костной ткани.

Задание 1

1. Составить задачу на ДОО. Правосторонний коксартроз с болевым синдромом

Задание 2

1. Составить задачу на пациента с диагнозом: ревматоидный полиартрит быстро прогрессирующее течение.

Решите тесты

1. Свойства пульса, кроме:

- а) наполнения;
- б) напряжения;
- в) давления;
- г) частоты;
- д) ритмичности.

2. Дефицит пульса наблюдается:

- а) при низком АД;
- б) когда частота пульса меньше частоты сердечных сокращений;
- в) при редких сердечных сокращениях;
- г) при повышении АД;
- д) при высоком АД.

3. Что из перечисленного не соответствует стенокардии:

- а) иррадиация болей в нижнюю челюсть;
- б) возникновение болей при подъеме на лестницу;
- в) длительность болей в течение часа и более;
- г) боли сопровождаются чувством страха и смерти;
- д) боли купируются приемом нитроглицерина.

4. Какой из перечисленных симптомов более характерен для левожелудочковой недостаточности:

- а) набухание шейных вен;
- б) асцит;
- в) ортопноэ;
- г) отеки на ногах;
- д) отеки на лице.

5. Запись электрических потенциалов сердца производится с помощью:

- а) ФКГ;
- б) ЭКГ;
- в) эхокардиографии;
- г) УЗИ;
- д) ФВД.

6. Об увеличении каких отделов сердца свидетельствует конфигурация сердца с выраженной сердечной талией:

- а) гипертрофией правого желудочка;
- б) гипертрофией правого предсердия;
- в) гипертрофией левого предсердия;
- г) гипертрофией левого желудочка;
- д) гипертрофией левого предсердия и левого желудочка.

7. Чем обусловлено смещение верхушечного толчка влево до подмышечной линии и вниз в шестое межреберье:
- а) гипертрофией левого желудочка;
 - б) гипертрофией правого желудочка;
 - в) гипертрофией левого предсердия;
 - г) дилатацией левого желудочка;
 - д) дилатацией правого желудочка.
8. При помощи ЭКГ можно выявить:
- а) нарушения ритма;
 - б) нарушения проводимости;
 - в) гипертрофию отделов сердца;
 - г) перегрузки отделов сердца;
 - д) изменение тонов сердца.
9. Где в норме расположена левая граница относительной тупости сердца в пятом межреберье:
- а) по правой средне-ключичной линии;
 - б) по левой средне-ключичной линии;
 - в) на 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии;
 - г) на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии;
 - д) по передне - подмышечной линии.
10. Для какого заболевания характерна конфигурация со сглаженной сердечной талией:
- а) митральный стеноз;
 - б) недостаточность трехстворчатого клапана;
 - в) экссудативный плеврит;
 - г) недостаточность митрального клапана.
11. Что такое изжога:
- а) вздутие живота;
 - б) нарушение прохождения пищи по пищеводу;
 - в) ощущение жжения за грудиной;
 - г) боли в эпигастральной области;
 - д) изменение стула.
12. Жалобы больных при заболеваниях желудка - все, кроме:
- а) изжоги;
 - б) изменения аппетита;
 - в) запоров;
 - г) болей в жите;
 - д) артралгии.
13. Что такое анорексия?
- а) повышение аппетита;
 - б) снижение аппетита;
 - в) извращение аппетита;
 - г) отвращение к определенному продукту;
 - д) полная потеря аппетита.
14. Что такое мелена?
- а) жирный блестящий, плохо смывающийся кал;
 - б) жидкий кал черного цвета;
 - в) обесцвеченный кал (серый);
 - г) черный оформленный кал.

15. Хроническая железодефицитная анемия чаще:
- а) гиперхромная;
 - б) гипохромная;
 - в) нормохромная.
16. Макроцитоз в анализах крови характерен для:
- а) гемолитической анемии;
 - б) железодефицитной анемии;
 - в) в 12 дефицитной анемии.
17. Фуникулярный миелоз и глоссит характерен для:
- а) железодефицитной анемии;
 - б) в 12 дефицитной анемии;
 - в) гемолитической анемии.
18. Микросфероцитоз в анализах крови обнаруживает при:
- а) в 12 дефицитной анемии;
 - б) гемолитической анемии;
 - в) железодефицитной анемии.
19. Желтуха, увеличение печени, темный цвет мочи наблюдается при анемии:
- а) апластической;
 - б) гемолитической;
 - в) постгеморрагической.
20. Основная причина острого лейкоза:
- а) инфекция;
 - б) стрессы;
 - в) хромосомное нарушение.
21. Стернальная пункция, трепанобиопсия проводится при:
- а) циррозе печени;
 - б) лейкозах;
 - в) заболеваниях гипофиза.
22. При лейкозе наблюдаются синдромы:
- а) болевой;
 - б) гипертонический;
 - в) гиперпластический;
 - г) геморрагический.
23. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение:
- а) печени;
 - б) сердца;
 - в) печени, селезенки;
 - г) лимфатический узлов.
24. Повреждение стенки сосуда иммунными комплексами наблюдается при:
- а) болезни Верльгофа;
 - б) гемофилии;
 - в) гиповитаминозе С;
 - г) болезни Шенлейна-Геноха.

Тема 1.17. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы

Тема 1.18. Диагностика и лечение психических расстройств и расстройств поведения

Задача 1.

Вы фельдшер скорой помощи. Вызов в общественное место. Женщина около 30 лет без сознания лежит на земле. Кожные покровы бледные, цианотичные. Челюсти сжаты, голова запрокинута назад. Руки и ноги в полусогнутом положении, мышцы напряжены. Зрачки расширены, равны с обеих сторон, на свет не реагируют. Через несколько секунд после осмотра развились симметричные подергивания мышц лица и конечностей. Появилась розовая пена изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. АД 180/90 мм рт. ст, пульс 102 удара в минуту.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте способ укладки больного в данном состоянии.

Задача 2.

Вызов фельдшера скорой помощи на дом к мужчине 60 лет, находящемуся без сознания. Со слов жены, за несколько часов до потери сознания жаловался на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Накануне было застолье с употреблением алкоголя. В анамнезе - гипертоническая болезнь, систематически не лечился.

Объективно: неконтактен, речь отсутствует. Гиперемия лица, зрачки расширены, равны с обеих сторон, реакция на свет отсутствует, психомоторное возбуждение, левосторонняя гемиплегия. АД 280/120 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, дыхание шумное, глубокое.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап

Задача 3.

Вызов на дом фельдшера скорой помощи. Мужчина 60 лет, жалобы на нарушение речи (по типу «каши во рту»), общую слабость, головокружение, головную боль (умеренно выраженную), онемение в правых конечностях и правой половине лица. Болеет второй день. Сначала онемели правые конечностях, сегодня с утра появились нарушения речи.

Объективно: АД 120/70 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту, температура 36,6 град. С. Речь нарушена: нечетко выговаривает слова, «проглатывает» окончания фраз. Понимание речи сохранено. Опущен угол рта справа. Сила мышц рук и ног снижена справа. Походка нарушена: слегка подволакивает правую ногу. Снижена чувствительность в правых конечностях.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите об объеме догоспитальной помощи и транспортировке по назначению.
3. Составьте план диагностических мероприятий и принципов лечения в стационаре.

Задача 4

Вызов на дом. Молодая женщина с криком, рыданиями катается по полу, отмечаются хаотичные судорожные движения конечностей с выразительным выгибанием тела дугой. На вопросы не отвечает. При попытке определения реакции зрачков на свет, больная плотно сжимает веки. Со слов мужа этому состоянию предшествовала ссора.

Задания

1. Определите состояние, развившееся у пациентки. С чем следует его дифференцировать?
2. Составьте алгоритм ваших действий.

Задача 5.

Вызов на дом. Фельдшер ФАП вызван к больному М., 42 лет. Больной находится в состоянии двигательного возбуждения. Дезориентирован в месте и времени, поведение неадекватное, в страхе оглядывается, заглядывает под стол, что-то стряхивает с себя, отмахивается от кого-то, обращается к мнимому собеседнику. Кожные покровы гиперемированы, выраженная потливость, отмечается дрожь всего тела, тремор рук. Тахикардия 110 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст. Со слов родственников: больной в течение 7 лет злоупотребляет спиртными напитками, перед данным состоянием был длительный запой, после прекращения запоя перестал спать.

Задания

- 1.1. Определите развившееся состояние у пациента.
- 2.2. Составьте алгоритм действий фельдшера.

Задача 6.

В стационаре. Больная Б., 19 лет, находится в психиатрическом отделении. Анамнез: со слов матери сестра отца страдает психическим заболеванием. Девочка родилась в срок, росла и развивалась правильно. В школе училась хорошо, поступила в институт, имела подруг, была общительна. Год тому назад появились головные боли, бессонница, стала труднее усваивать учебный материал. Любимые ранее предметы стали меньше интересовать. Начала тяготиться обществом друзей. Казалось, что окружающие на нее подозрительно смотрят, посмеиваются. С большим трудом заставляла себя выходить из дома, но в институт не ходила, бесцельно бродила по улицам. Постепенно вялость, безразличие нарастали, лежала в постели, не умывалась, не причесывалась. Стала грубой и злобной по отношению к близким.

Физическое состояние без патологии.

Психическое состояние: В отделении двигательного спокойна, в контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает односложно. Говорит, что слышит голоса, которые ее окликают по имени, недовольна пребыванием в больнице. Считает себя психически здоровой. Неряшлива, непричесана, с окружающими больными не общается, бесцельно бродит по коридору или лежит в постели. Планов на будущее нет.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Кратко обоснуйте диагноз и дайте возможный прогноз.

3. Расскажите о тактике поведения медицинского персонала с психически больными.
4. Опишите основные тактические приемы по обеспечению безопасности больного и окружающих вне стационара при возникновении состояния психомоторного возбуждения у психически больного с подобным расстройством.

Задача 7

В стационаре. Больная В., 47 лет госпитализируется в психиатрическую больницу в третий раз. С юных лет колебания настроения. В предыдущих госпитализациях наблюдались состояния повышенного настроения, речедвигательного возбуждения. В перерывах между поступлениями в больницу успешно работала.

В настоящее время без видимых причин понизилось настроение, появились мысли о безнадежности своего состояния. Не выходила из дома, много плакала, потом способность плакать пропала. Несколько раз пыталась покончить жизнь самоубийством. За последние 2 месяца значительно похудела, нарушился сон.

Физическое состояние: больная пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, пульс 96 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст.

Психическое состояние: больная правильно ориентирована в месте, времени, окружающей обстановке. Говорит тихим голосом, голова низко опущена, выражение лица скорбное. Считает себя преступницей, так как плохо относится к мужу и детям. При упоминании о детях, на глазах появляются слезы. Жалуется на плохую память, не верит в выздоровление. Не отрицает наличия мыслей о самоубийстве. В отделении держится обособленно, постоянно находится в постели, отказывается от еды.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его, опишите клинику фаз расстройства.
2. Перечислите основные принципы лечения.
3. Обоснуйте тактику поведения медицинского работника при диагностике депрессивного состояния.
4. Окажите неотложную помощь больному в состоянии тревожной депрессии на догоспитальном этапе.

Решите тест:

Тест: Нервно психические заболевания

1. Для эпилепсии характерны:

1. самые различные пароксизмальные расстройства
2. прогрессивное течение
3. эмоциональная ригидность и вязкость мышления
4. исход - тотальное слабоумие

2. Какое из расстройств при эпилепсии может продолжаться довольно долго (до нескольких часов)?

3. Какие варианты прогноза свойственны реактивным психозам?

1. формирование стойкого дефекта
2. приступообразно-прогрессивное течение
3. непрерывное прогрессивное течение

4. полное выздоровление

4. Причиной возникновения аффективно-шоковых реакций обычно бывают:

1. катастрофы, угрожающие жизни человека и его родных
2. тяжелая длительная болезнь у близкого человека
3. стихийные бедствия
4. тюремное заключение

5. Женщина 35 лет обратилась к терапевту с жалобами на недомогание, головные боли, неприятные ощущения за грудиной, отсутствие аппетита. Такие расстройства могут быть проявлением:

1. неврастении
2. депрессивного синдрома
3. алкогольного абстинентного синдрома
4. истерии

6. Заболевания, которые нередко вызывают состояния снижения уровня сознания (оглушение, сопор, кому):

1. шизофрения
2. истерия
3. маниакально-депрессивный психоз
4. экзогенные и соматогенные поражения мозга

7. Онейроид является типичным проявлением:

1. маниакально-депрессивного психоза
2. истерических реактивных психозов
3. алкогольных психозов
4. шизофрении

8. Критериями для диагностики состояний нарушенного сознания являются:

1. отрешенность от окружающего мира и дезориентировка
2. суицидальное или социально-опасное поведение
3. частичная или полная амнезия по выходе из психоза
4. наличие бреда или галлюцинаций

9. Средство, обладающее выраженным седативным эффектом, которое можно использовать в качестве снотворного при том или ином психическом заболевании:

1. аминазин
2. корвалол
3. аскорбиновая кислота

10. Лекарственные и нелекарственные методы купирования острого галлюцинаторно-бредового приступа шизофрении:

1. различные сочетания нейролептиков с циклодолом
2. необратимые ингибиторы моноаминоксидазы
3. инсулино-коматозная терапия
4. депривация сна

11. Эмоциональные расстройства, характерные для сосудистых заболеваний головного мозга:

1. слабодушие
2. амбивалентность
3. лабильность эмоций
4. эмоциональная тупость

12. Существуют следующие клинические варианты сифилитического поражения ЦНС:

1. болезнь Пика
2. хорея Гентингтона
3. болезнь Альцгеймера
4. прогрессивный паралич
13. Характерные особенности речи больных эпилепсией:
 1. темп речи замедлен
 2. частое употребление уменьшительно-ласкательных суффиксов
 3. излишняя детализация
 4. олигофазия
14. Больной 27 лет убежден, что он является объектом воздействия со стороны инопланетян. В этом случае есть показания к назначению:
 1. амитриптилина
 2. трифтазина
 3. ноотропила
 4. галоперидола
15. Существуют следующие клинические варианты сифилитического поражения ЦНС:
 1. болезнь Пика
 2. хорея Гентингтона
 3. болезнь Альцгеймера
 4. прогрессивный паралич
16. Для поражения глазодвигательного нерва характерно?
 1. сходящееся косоглазие
 2. миоз
 3. мидриаз
 4. расходящееся косоглазие
 5. птоз
17. При поражении теменной доли наблюдается?
 1. аутопагнозия
 2. анозогнозия
 3. атаксия
 4. гемианопсия
 5. анакузия
18. При раздражении височной доли наблюдаются?
 1. слуховые галлюцинации
 2. обонятельные галлюцинации
 3. анакузия
 4. anosmia
 5. anosmia
19. Больной с идеаторной апраксией не может?
 1. назвать свои пальцы
 2. выполнить словесные задания
 3. исполнить простую команду
 4. подражать действиям
 5. выполнить символические жесты
20. Изменение поведения, эйфория, безразличие к окружающему, снижение критики, дурашливость характерны для поражения?
 1. лобной доли
 2. височной доли

3. теменной доли
4. затылочной доли

Тема 1.19. Диагностика и лечение заболеваний кожи

Решите ситуационные задачи:

Задача № 1

Женщина 48 лет, обратилась к хирургу с жалобами на язву в средней трети голени, появление которой она связывает с предшествующей травмой месяц тому назад. Язва появилась на месте уплотненной припухлости. Местная терапия, проводимая в течение двух недель, оказалась неэффективной. При осмотре: язва округлых очертаний, 4х3,5 см. с плотными валикообразными краями, выступающими над уровнем окружающей кожи. Дно язвы покрыто некротическими массами серого цвета. Субъективные ощущения незначительны.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Что необходимо для уточнения диагноза?

Задача №2

К дерматологу обратилась санитарка, работающая в операционном кабинете, с жалобами на изменения ногтевых пластинок на руках, болезненные припухания всех околоногтевых валиков. Причиной данного поражения рук считает постоянный контакт с дезинфицирующими средствами (хлорная известь, хлорамин, лизол и др.), с которыми она работает длительное время. При осмотре отмечается желтовато-бурая окраска всех ногтей, поперечная их исчерченность, повышенная ломкость. Околоногтевые валики гиперемированы, отечны, прикосновение к ним болезненное.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Принципы лечения и профилактика?

Задача № 3

Больной 25 лет, рабочий мясокомбината, обратился на прием к врачу с жалобами на появление на правой кисти ограниченной резко болезненной отечности, эритемы, сопровождающейся жжением, болью, температура - 37.7°C. При сборе анамнеза выяснено, что за 3 дня до обращения к врачу пациент при разделке туши коровы порезал острой костью правую кисть. Примерно через день после этого случая больной отметил появление покраснения отечности и болезненности в указанном участке кисти, и повышение температуры.

1. Какое заболевание диагностировано у больного?

2. Какова этиология данного заболевания?

3. Какое лечение нужно назначить больному?

Задача № 4

Женщина 34 лет, работающая поваром, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на повышенную красноту лица, особенно носа, щек. Указанный косметический дефект длится на протяжении многих месяцев, лечение в косметологической лечебнице эффекта не дает. При осмотре на лице отмечается багрово-красная окраска кожи вследствие обильной сети расширенных кровеносных капилляров.

1. В чем причина подобного поражения кожи?

2. Можно ли описанное изменение кожи считать профессиональным заболеванием?

3. Что можно посоветовать пациентке?

Тема 1.20. Диагностика и лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путем

Задача №1

В неврологическое отделение детской больницы с целью обследования госпитализирован ребенок 7 лет. Причина госпитализации - сильные головные боли и эпилептиформные припадки, при этом у ребенка имеются расстройства речи, замедленное умственное развитие. При клиническом обследовании у ребенка наблюдается отсталость в физическом развитии, умственная отсталость, замедленная речь, резко сниженный слух. Обращает на себя внимание своеобразная форма передних резцов, которые имеют бочкообразную форму и деформированы к свободному краю - заметно сужены и имеют полулунную выемку. Отмечаются признаки «саблевидных голеней» и «сабельных предплечий». С правой стороны имеется заметное утолщение грудинного конца ключицы, отсутствует мечевидный отросток на груди. По словам родителей, во время беременности 7 лет назад они получали какое-то лечение по поводу сифилиса, затем, после рождения ребенка, снова лечились вдвоем вследствие «неэффективности» предыдущего лечения.

1. Какие из симптомов указывают с высокой вероятностью на поздний врожденный сифилис?

2. Какие из признаков менее характерны, но могут указывать на эту форму сифилиса?

3. В чем, вероятнее всего, причина позднего врожденного сифилиса у ребенка?

Задача №2

На прием к урологу обратился мужчина 32 лет, с жалобами на появление выделений из мочеиспускательного канала, ощущения жжения и болезненности при акте мочеиспускания. Из анамнеза выяснилось, что выделения и

субъективные ощущения появились у больного 4 дня назад. Больной холост, 10 дней назад, будучи в командировке, имел половой контакт с незнакомой женщиной. Другие половые контакты в течение 3 месяцев отрицает. При осмотре: губки наружного отверстия уретры слипаются, они гиперемированы и отечные. Из уретры вытекают обильные серозно-гнойные выделения беловато-желтого цвета. При пальпации уретра слегка уплотнена и болезненна. При исследовании 2-стаканной пробы мочи отмечается помутнение первой порции, вторая чистая. Лимфоузлы в паховой области не увеличены. Общее состояние больного удовлетворительное.

1. О каких заболеваниях можно думать в данном случае? Почему?
2. Какая клиническая форма уретрита у данного больного? Обоснуйте.
3. Какое обследование требуется провести больному для постановки правильного диагноза?
4. Какое лечение целесообразно назначить больному в случае выявления у него гонореи?

Задача №3

У мужчины 19 лет после полового контакта со случайной знакомой через 3 дня развились явления острого уретрита, в связи, с чем он, по совету приятеля, провел себе лечение 6 инъекциями бициллина-3 и тинидазолом. Несмотря на некоторое улучшение состояния, у больного сохранились выделения из уретры, что вынудило его через 3 недели обратиться в кожновенерологический диспансер. При лабораторном исследовании мазков из уретры выявлен лейкоцитоз 20-25 в поле зрения, скудная палочковая флора, гонококки и трихомонады не обнаружены. Была вызвана половая партнерша, при обследовании которой в мазках обнаружены гонококки и трихомонады. 1. В чем, вероятнее всего, причина постгонорейного уретрита у больного? 1. Какое дополнительное обследование требуется провести с целью установления точного диагноза? № 7 У больного после полового акта с малознакомой женщиной через 5 дней появились обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся режками при мочеиспускании. На 10-й день болезни у мужчины появились признаки парафимоза, по поводу чего обратился к хирургу. Произведено рассечение кольца крайней плоти, сжимающего головку полового члена. Кровь на РВ не исследовалась. После первой инъекции пенициллина температура тела повысилась до 39°C, появился озноб и обильная розеолезная сыпь.

1. Тактика врача по дальнейшему обследованию больного?
2. Оцените правильность действий врача?

Задача № 4

Женщина 24 лет обратилась в женскую консультацию по поводу выделений из мочеполовых путей и зуда. При лабораторном обследовании у нее выявлен трихомониаз. Больной было назначено лечение трихополом по 0,5 г 3 раза в день 5 дней, дана рекомендация провести аналогичное лечение мужу. Супруг от приема медикаментов категорически отказался, мотивируя это тем, что у него

нет никаких жалоб со стороны мочеполовых органов. Через 2 недели после окончания лечения у жены на контрольном обследовании вновь обнаружены явления кольпита, в мазках выявлены трихомонады.

1. В чем причина неудачи в лечении данной больной?
2. Можно ли считать повторное диагностирование трихомониаза в данном случае рецидивом?
3. Возможно ли бессимптомное течение трихомониаза у мужчин?

Тема 1.21. Диагностика и лечение кишечных инфекций

Решите тест:

Тестовые задания по теме: «шигеллезы. эшерихиоз».

1. источником возбудителя инфекции при дизентерии является
 - 1) больной человек и бактерионоситель
 - 2) больное животное
 - 3) больной острой дизентерией человек
 - 4) больной острой дизентерией человек и больное животное
2. больной дизентерией выделяет возбудителя в окружающую среду
 - 1) с испражнениями и мочой
 - 2) с испражнениями
 - 3) с испражнениями и рвотными массами
 - 4) с испражнениями и слюной
3. механизм передачи при дизентерии
 - 1) вертикальный
 - 2) трансмиссивный
 - 3) фекально-оральный
 - 4) аспирационный
4. длительность инкубационного периода при дизентерии составляет (в среднем)
 - 1) до 1 суток
 - 2) 1-3 дня
 - 3) 2-5 дней
 - 4) 5-10 дней
5. наиболее тяжелые формы дизентерии вызывает шигелла
 - 1) флекснера
 - 2) зонне
 - 3) нью-касл
 - 4) григорьева-шига
6. неправильное утверждение. при дизентерии в толстой кишке может развиваться
 - 1) катаральный проктосигмоидит
 - 2) катарально-геморрагический проктосигмоидит
 - 3) гангренозный проктосигмоидит
 - 4) фибринозно-язвенный проктосигмоидит
7. наиболее характерные испражнения при острой дизентерии
 - 1) малиновое "желе"
 - 2) скудные слизистые с примесью прожилок крови
 - 3) мелена
 - 4) обильные водянистые без патологических примесей
8. для дизентерии характерно

- 1) жидкий стул с примесью крови
 - 2) уплотненная, безболезненная, малоподвижная сигмовидная кишка
 - 3) инфильтрация и болезненность слепой кишки
 - 4) схваткообразные боли в средней части живота
9. при острой дизентерии боли чаще всего локализуются в
- 1) в илеоцекальной области
 - 2) в эпигастрии
 - 3) в правой подвздошной области
 - 4) в левой подвздошной области
10. для дизентерии характерен стул
- 1) каловый, со слизью, пропитанный кровью ("малиновое желе")
 - 2) обильный, водянистый, зловонный, со слизью
 - 3) жидкий, пенистый, желтого цвета
 - 4) скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый
11. неверное утверждение для дизентерии. колитический вариант дизентерии легкого течения характеризуется следующими клиническими признаками
- 1) кратковременной лихорадкой до 38 гр. с
 - 2) частотой стула до 10 раз в сутки
 - 3) обезвоживанием ii-iii степени
 - 4) катарально-геморрагическим проктосигмоидитом и сфинктеритом (при проведении ректороманоскопии)
12. неправильное утверждение. колитический вариант дизентерии тяжелого течения характеризуется следующими клиническими признаками
- 1) лихорадкой свыше 39 гр. с
 - 2) эрозивно-язвенным поражением тонкой кишки
 - 3) слизисто-кровянистым стулом более 20 раз в сутки
 - 4) выраженными симптомами интоксикации
13. неправильное утверждение. симптомы дистального колита
- 1) схваткообразные боли в левой подвздошной области
 - 2) тенезмы
 - 3) уплотнение и болезненность сигмовидной кишки
 - 4) обильный жидкий стул с примесью слизи
14. наиболее информативным методом диагностики дизентерии является
- 1) бактериологическое исследование крови
 - 2) реакция пассивной гемагглютинации
 - 3) кожная аллергическая проба цуверкалова
 - 4) бактериологическое исследование кала
15. для диагностики дизентерии не применяют
- 1) бактериологическое исследование крови
 - 2) бактериологическое исследование кала
 - 3) копрограмму
 - 4) ректороманоскопию
16. для диагностики дизентерии применяют
- 1) лапароскопию
 - 2) компьютерную томографию
 - 3) гастроскопию
 - 4) ректороманоскопию *
17. дифференциальный диагноз колитического варианта острой дизентерии не проводится со следующими болезнями
- 1) сальмонеллез
 - 2) ротавирусная инфекция
 - 3) амебиаз

4) рак дистального отдела толстой кишки

18. больной к. 30 лет, заболел остро. появился озноб, головная боль, тошнота. через 6 часов появилась боль в эпигастрии, рвота 3 раза съеденной пищей, температура 38,6 гр. с. на следующий день боль в животе локализовалась в левой подвздошной области, стул частый жидкий, скудный, со слизью. отмечал тенезмы и ложные позывы. наиболее вероятный диагноз

1) дизентерия

2) сальмонеллез

3) пищевая токсикоинфекция

4) холера

19. в разгаре дизентерии больные нуждаются в следующей диете

1) стол № 4

2) стол № 1

3) стол № 5

4) стол № 7

20. для этиотропной терапии дизентерии не применяют

1) фуразолидон

2) бисептол

3) эритромицин

4) ципрофлоксацин

21. препаратом выбора для лечения легкой формы дизентерии является

1) тетрациклин

2) фуразолидон

3) левомицетин

4) ампициллин

22. для возбудителя эшерихиоза не характерно

1) относится к простейшим

2) грамотрицательный

3) устойчив в окружающей среде

4) может размножаться в молоке

23. неверное утверждение в отношении эшерихиоза

1) относится к кишечным инфекциям

2) основной источник возбудителя – животные

3) из организма возбудитель выделяется с фекалиями

4) основной путь передачи – алиментарный

24. правильное утверждение в отношении эшерихиоза

1) клиническая картина зависит от факторов патогенности возбудителя

2) как правило, доминируют симптомы общей интоксикации

3) характерно наличие гепатолиенального синдрома

4) диспепсический синдром выражен слабо

25. для подтверждения диагноза эшерихиоза не используют

1) бактериологическое исследование фекалий

2) бактериологическое исследование промывных вод желудка

3) бактериологическое исследование рвотных масс

4) бактериологическое исследование крови

26. дифференциальный диагноз при эшерихиозе проводится со следующими болезнями

1) бруцеллезом

2) ботулизмом

3) сальмонеллезом

4) лептоспирозом

27. для этиотропной терапии эшерихиоза не применяют

- 1) фуразолидон
- 2) фторхинолоны
- 3) невигамон
- 4) бисептол

тестовые задания по теме: «сальмонелл. пти. ботулизм».

1. пищевые токсикоинфекции

- 1) вызываются условно-патогенной флорой
- 2) вызываются патогенными микробами кишечной группы
- 3) характеризуются отсутствием интоксикационного синдрома
- 4) характеризуются тем, что источником являются больные животные

2. для пищевой токсикоинфекции характерен путь передачи

- 1) водный
- 2) алиментарный
- 3) контактный прямой
- 4) контактно-бытовой

3. при пти

- 1) наиболее характерным симптомом является частый водянистый стул без патологических примесей
- 2) боли чаще локализуются в левой подвздошной области
- 3) стул, как правило, жидкий, с примесью слизи
- 4) в тяжелых случаях часто развивается некротический энтерит

4. при тяжелом течении пти

- 1) возможно развитие обезвоживания
- 2) возможна высокая лихорадка длительностью до 5 суток и более
- 3) боли в животе обычно носят постоянный характер
- 4) диарея предшествует появлению рвоты

5. при пти

- 1) длительность болезни составляет, как правило, от 4 до 7 суток
- 2) боли в животе носят опоясывающий характер
- 3) понос обычно предшествует появлению рвоты
- 4) у части больных наблюдается кратковременная лихорадка и симптомы общей интоксикации

6. в отличие от дизентерии, для пти характерны

- 1) скудный стул со слизью и кровью
- 2) спазм сигмовидной кишки
- 3) ложные позывы
- 4) развитие обезвоживания

7. в инфекционное отделение поступил больной с диагнозом пти. жалобы на тошноту, однократную рвоту, двоение и "пелену" в глазах. поперхивание при глотании, сухость во рту, головокружение. болен 2-й день, за 8 часов до болезни ел грибы домашнего консервирования, пил самогон. ваш наиболее вероятный диагноз

- 1) отравление грибами
- 2) ботулизм
- 3) дифтерия
- 4) отравление суррогатом алкоголя

8. студент к., 18 лет, заболел остро, через 40 минут после употребления мясных котлет, купленных в буфете накануне. появилась слабость, головокружение, холодный пот, сильная боль в эпигастрии, рвота многократная с желчью, жидкий стул, температура тела 37,3 гр. с. в здравпункте промыт желудок. диспептические расстройства прекратились. наиболее вероятный диагноз

- 1) ботулизм
- 2) сальмонеллез
- 3) пищевая токсикоинфекция
- 4) дизентерия

9. больной м., 52 лет, во время поездки к родственникам съел в буфете пирожное с кремом, булку и компот из фруктов. через час появилось недомогание, резкая слабость, тошнота, рвота съеденной пищей. затем присоединился жидкий стул обильный, водянистый. тенезмов и ложных позывов не отмечал. температура тела - 38,6 гр. с. скорой помощью доставлен в больницу. наиболее вероятный диагноз

- 1) холера
- 2) пищевая токсикоинфекция
- 3) сальмонеллез
- 4) дизентерия

10. первоочередным мероприятием при оказании помощи больному при средней тяжести является

- 1) антибактериальная терапия
- 2) сердечно-сосудистые средства
- 3) промывание желудка
- 4) реополиглюкин в/в

11. при сальмонеллезе источником возбудителя является

- 1) инфицированная птица
- 2) крысы, утки, гуси, коровы, свиньи, голуби, лошади
- 3) инфицированный человек
- 4) инфицированные животные, птицы, человек

12. в патогенезе сальмонеллеза ведущую роль играет

- 1) интенсивное размножение возбудителя в кишечнике
- 2) общее и местное действие эндотоксина
- 3) развитие обезвоживания
- 4) поражение сердечно-сосудистой системы

13. инкубационный период при сальмонеллезе составляет

- 1) до 2 часов
- 2) 2-12 часов
- 3) 2-72 часа
- 4) 24-48 часов

14. неправильное утверждение. при сальмонеллезе

- 1) при тяжелом течении болезни температура до 39-40 гр. с. в первые часы болезни
- 2) при гастроинтестинальной форме болезни продолжительность лихорадки составляет 5-10 дней
- 3) при тяжелых степенях обезвоживания наблюдаются судороги в конечностях
- 4) при генерализованной форме болезни возможно появление розеолезной сыпи

15. больной к., 78 лет, заболел остро через 3 часа после употребления яйца всмятку. появился озноб, сильная головная боль, температура 39,3 гр. с. были 2 раза рвота и частый обильный стул типа "болотной тины". возбужден, раздражителен. ночью бред. госпитализирован на 2-й день болезни. бледен, кожа с желтушным оттенком. пульс 98 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. несмотря на проводимую терапию, лихорадка гектического типа, ознобы, поты. к концу 1-й недели болезни увеличились печень и селезенка, появились розеолезные элементы на коже. наиболее вероятный диагноз

- 1) сепсис
- 2) псевдотуберкулез
- 3) сальмонеллез
- 4) лептоспироз

16. больной е., 30 лет, поступил в стационар на 2-й день болезни в состоянии средней тяжести. заболевание развилось остро через 6 часов после обеда в столовой (молочный суп, котлета из утиного мяса, рис, кисель). появились недомогание, головная боль, озноб, температура 38,2 гр. с. почти одновременно ощутил боль в эпигастрии, тошноту; была рвота 4 раза. в день поступления стул жидкий, обильный 6 раз в сутки; на следующий день 5 раз темно-зеленого цвета, водянистый. тенезмов и ложных позывов не было. наиболее вероятный диагноз

- 1) дизентерия
- 2) пищевая токсикоинфекция
- 3) сальмонеллез
- 4) холера

17. у больного с подозрением на сальмонеллез, несмотря на проводимую терапию, 11 дней держится лихорадка неправильного типа. интоксикация выражена: головная боль, слабость, отсутствие аппетита, мышечные и суставные боли, тошнота. стул нормализовался. увеличилась печень и селезенка; умеренная боль в эпигастрии, umbilicalной и правой подвздошной областях; живот вздут; брадикардия, гипотония. наиболее вероятный диагноз

- 1) амебиаз
- 2) перитонит
- 3) сыпной тиф
- 4) генерализованная форма сальмонеллеза

18. больная 58 лет заболела после посещения гостей, где ела жареную курицу, салаты со сметаной, майонезом, яйцом, употребляла разведенный спирт. через 4-6 часов почувствовала резкий озноб, головную боль, головокружение, боли в эпигастриальной области, была 3-кратная рвота, температура 39 гр. с. при осмотре врачом скорой помощи состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, тоны сердца глухие, пульс 124, АД 80/40 мм рт. ст., живот вздут, болезненный в эпигастрии, был обильный жидкий стул. наиболее вероятный диагноз

- 1) острый панкреатит
- 2) инфаркт миокарда
- 3) пищевая токсикоинфекция
- 4) сальмонеллез, осложненный инфекционно-токсическим шоком

19. при сальмонеллезе, осложненном гиповолемическим шоком, необходимо

- 1) экстренное введение кортикостероидов
- 2) введение реополиглюкина и плазмы до стабилизации гемодинамики
- 3) раннее назначение допамина
- 4) струйное введение полиионных раствором

20. для регидратационной терапии при тяжелой форме сальмонеллеза с выраженным обезвоживанием применяют

- 1) реополиглюкин
- 2) 0,95% раствор хлорида натрия
- 3) гемодез
- 4) квартасоль

21. возбудитель ботулизма

- 1) иерсиния
- 2) сальмонелла
- 3) листерия
- 4) клостридия

22. возбудитель ботулизма

- 1) является аэробом
- 2) размножается в пищевых продуктах при отсутствии доступа воздуха
- 3) может размножаться в организме человека

4) может размножаться в воде

23. при ботулизме

- 1) источником инфекции является больной человек
- 2) источником инфекции являются зараженные пищевые продукты
- 3) резервуаром возбудителя являются животные
- 4) характерна летняя сезонность заболевания

24. ботулотоксин действует на следующие структуры нервной системы

- 1) двигательные нейроны коры головного мозга
- 2) спинальные ганглии
- 3) передние рога спинного мозга
- 4) холинэргические синапсы цнс и парасимпатической нервной системы

25. при ботулизме

- 1) развитие патологического процесса связано с образованием токсина в пищеварительном тракте
- 2) люди наиболее чувствительны к токсину серотипа с
- 3) поражение нервной системы обусловлено действием токсина на клетки серого вещества головного и спинного мозга
- 4) ботулинический токсин нарушает передачу нервных импульсов в холинэргических синапсах

26. паралитический синдром при ботулизме обусловлен

- 1) поражением мотонейронов спинного мозга
- 2) нарушением передачи импульсов на вставочных мотонейронах
- 3) нарушением передачи импульсов на холинэргических синапсах
- 4) повреждением миелиновой оболочки аксонов

27. сроки инкубационного периода при ботулизме зависят от

- 1) дозы токсина
- 2) наличия иммунитета
- 3) рн желудочного содержимого
- 4) значительного обсеменения продукта спорами

28. характерная лихорадка при ботулизме

- 1) постоянная
- 2) ремиттирующая
- 3) нормальная или субфебрильная
- 4) гектическая

29. типичным симптомом ботулизма является

- 1) неукротимая рвота
- 2) першение в горле
- 3) нечеткость зрения
- 4) дизурия

30. ведущим синдромом при ботулизме является

- 1) судорожный
- 2) паралитический
- 3) менингеальный
- 4) энцефалитический

тестовые задания по теме: холера.

1. возбудитель холеры

- 1) вибрион
- 2) стафилококк

- 3) риккетсия
- 4) вирус
2. возбудитель холеры
 - 1) не образует экзотоксин
 - 2) быстро гибнет в воде
 - 3) чувствителен к действию дезинфицирующих средств
 - 4) неподвижен
3. возбудитель холеры
 - 1) длительно сохраняется в воде
 - 2) не устойчив в окружающей среде
 - 3) содержит только эндотоксин
 - 4) устойчив в кислой среде
4. возбудитель холеры
 - 1) является вирусом
 - 2) вырабатывает экзотоксин
 - 3) не устойчив в окружающей среде
 - 4) не обладает подвижностью
5. при холере
 - 1) переносчиками болезни могут быть кровососущие членистоногие
 - 2) заражение возможно при употреблении консервов домашнего производства
 - 3) наиболее восприимчивы люди со сниженной кислотностью желудочного сока
 - 4) наиболее высокая заболеваемость в странах с умеренным климатом
6. при холере
 - 1) источником инфекции могут быть домашние животные
 - 2) возбудитель выделяется в окружающую среду с испражнениями и мочой
 - 3) основным фактором передачи является вода
 - 4) сезонность осенне-весенняя
7. при холере
 - 1) наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные с легкими и стертыми формами болезни
 - 2) путь передачи воздушно-капельный
 - 3) восприимчивость к инфекциям невысокая
 - 4) иммунитет не вырабатывается
8. ведущим звеном патогенеза холеры является
 - 1) вибрионемия
 - 2) токсемия
 - 3) гиповолемия
 - 4) гипоксемия
9. основу патогенеза холеры составляет
 - 1) токсемия
 - 2) гастроэнтерит
 - 3) энтероколит
 - 4) дегидратация
10. симптомами холеры не являются
 - 1) гипотермия
 - 2) боли в животе
 - 3) диарея
 - 4) рвота
11. при холере
 - 1) одновременно появляются признаки общей интоксикации и диспепсические расстройства
 - 2) выраженное обезвоживание развивается на 4-5-й день болезни

- 3) стул водянистый с примесью слизи, крови
- 4) при тяжелом обезвоживании характерно развитие судорожного синдрома
12. для холеры характерны следующие клинические симптомы
 - 1) раннее развитие обезвоживания
 - 2) зловонный водянистый стул с зеленью
 - 3) тенезмы
 - 4) сыпь и диарея
13. для холеры типичны испражнения
 - 1) скудные калового характера
 - 2) обильные водянистые, зловонные
 - 3) в виде «рисового отвара»
 - 4) с примесью слизи и крови
14. для тяжелой формы холеры характерная температура
 - 1) фебрильная
 - 2) субфебрильная
 - 3) нормальная
 - 4) субнормальная
15. для холеры не характерно
 - 1) отсутствует общая интоксикация
 - 2) появлению рвоты предшествует диарея
 - 3) испражнения содержат примесь слизи и крови
 - 4) в тяжелых случаях сознание остается ясным
16. при холере
 - 1) основные проявления болезни обусловлены действием эндотоксина
 - 2) быстро развивается обезвоживание
 - 3) боли в животе носят схваткообразный характер
 - 4) появлению диспепсических расстройств предшествует озноб
17. для клиники холеры характерно
 - 1) боли в эпигастральной области
 - 2) общая интоксикация и лихорадка
 - 3) диарея и катаральные явления
 - 4) отсутствие болей в животе
18. при холере
 - 1) характерно наличие ложных позывов на дефекации
 - 2) болезненность при пальпации живота носит диффузный характер
 - 3) тяжесть течения болезни соответствует уровню лихорадки
 - 4) при тяжелом обезвоживании развивается картина гиповолемического шока
19. при холере
 - 1) характерно наличие тенезмов
 - 2) болезненность при пальпации живота локализуется в левой подвздошной области
 - 3) в разгаре болезни пульс соответствует уровню лихорадки
 - 4) отсутствует общая интоксикация
20. объективным показателем степени обезвоживания при холере является
 - 1) гематокрит
 - 2) степень выраженности цианоза
 - 3) частота дыхания
 - 4) частота пульса
21. причиной артериальной гипотензии при холере является
 - 1) инфекционно-токсический шок
 - 2) кардиогенный шок
 - 3) гиповолемический шок
 - 4) коллапс

22. для диагностики холеры используют методы

- 1) аллергологический
- 2) бактериологический
- 3) биологический
- 4) иммунологический

23. для диагностики холеры используют

- 1) выделение культуры возбудителя из испражнений
- 2) реакцию видаля
- 3) кожно-аллергическую пробу
- 4) метод иммунного блоттинга

24. для оральной регидратации больных легкими формами холеры используются

- 1) дисоль
- 2) лактасоль
- 3) цитроглюкосолан
- 4) трисоль

25. препаратом выбора для лечения холеры является

- 1) тетрациклин
- 2) левомицетин
- 3) пенициллин
- 4) ципрофлоксацин

26. для внутривенной регидратации больных холерой применяют

- 1) физиологический раствор
- 2) глюкозо-калиевый раствор
- 3) реополиглюкин
- 4) квартасоль

27. основным методом лечения холеры является

- 1) дезинтоксикация
- 2) дегидратация
- 3) регидратация
- 4) стабилизация гемодинамики

28. первичная регидратация взрослых больных холерой с обезвоживанием iii-iv степени должна продолжаться

- 1) полчаса
- 2) один час
- 3) полтора-два часа
- 4) три часа

29. для лечения холеры применяют

- 1) полиглюкин
- 2) полиионные растворы
- 3) гемодез
- 4) поляризирующую смесь

30. основу лечения больных тяжелыми формами холеры составляет

- 1) дезинтоксикационная терапия с использованием тактики форсированного диуреза
- 2) внутривенная регидратация путем струйного введения полиионных растворов
- 3) проведение внутривенной регидратации путем введения полиионных и коллоидных растворов в отношении 1:1
- 4) комбинированная терапия, включающая регидратацию и применение вазопрессоров

Тестовые задания по теме: Острые вирусные гепатиты.

1. вертикальный механизм передачи возбудителя возможен
 - 1) при холере
 - 2) при бруцеллезе
 - 3) при брюшном тифе
 - 4) при вирусном гепатите с
2. средняя продолжительность инкубационного периода
 - 1) при брюшном тифе - 5-7 дней
 - 2) при вирусном гепатите а - 15-28 дней
 - 3) при чуме- 12-24 дней
 - 4) при псевдотуберкулезе - 2-3 недели
3. инкубационный период
 - 1) при вирусном гепатите в может достигать 7 недель
 - 2) при вирусном гепатите а не превышает 50 дней
 - 3) наиболее продолжителен при вирусном гепатите е
 - 4) при вирусном гепатите с может длиться от 1 до 3 мес
4. средняя продолжительность инкубационного периода
 - 1) при холере - 4-8 часов
 - 2) при сыпном тифе - 5-7 дней
 - 3) при столбняке - 3-6 дней
 - 4) при вирусном гепатите в - 2-4 месяца
5. при поступлении в больницу больного 30 лет с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, наличие темной мочи, легкий зуд кожи, с выраженной желтушностью склер и кожных покровов и гепатомегалией следует предполагать
 - 1) лептоспироз
 - 2) псевдотуберкулез
 - 3) иерсиниоз
 - 4) вирусный гепатит
6. источником инфекции при гепатите являются
 - 1) больное животное
 - 2) больной человек и вирусоноситель
 - 3) больной человек и больное животное
 - 4) больной человек
7. правильное утверждение
 - 1) в некоторых случаях при вг источником инфекции могут быть животные
 - 2) при вг единственным источником инфекции является человек
 - 3) естественным путем передачи гепатитов а, е является половой
 - 4) источником гепатита а являются больные острой формой болезни и хронические вирусоносители
8. правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов
 - 1) механизм повреждения гепатоцитов при гепатите в сходен с таковым при гепатите а
 - 2) генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода вгс
 - 3) наиболее легкие формы гв наблюдаются у лиц с повышенном активностью иммунной системой
 - 4) повреждение гепатоцитов при гепатите в обусловлено аутоиммунными процессами
9. правильное утверждение

1) инфицирование возбудителем га чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни

2) возбудитель гс обладает цитолитическим действием на гепатоциты

3) вирус гв способен к длительному персистированию в организме

4) возбудитель га относится к гепаднавирусам

10. ведущим синдромом при острых вирусных гепатитах является

1) цитолиз

2) холестаза

3) мезенхимально-воспалительный

4) двс-синдром

11. правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов

1) вирус гепатита а обладает цитопатическим действием

2) механизм повреждения гепатоцитов при гепатите с сходен с таковым при гепатите а

3) генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода гв

4) наиболее тяжелые формы гв наблюдаются у лиц с ослабленной иммунной системой

12. правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов

1) инфицирование возбудителями гв чаще всего приводит к развитию клинически выраженных форм болезни

2) возбудитель гс быстро выводится из организма

3) вирус гв не способен к длительному персистированию в организме человека

4) возбудитель гд часто обнаруживается в воде, в пищевых продуктах, на различных предметах

13. больная м. 25 лет, лечится у врача по поводу орз в течение 5 дней. в последние 2 дня температура тела нормальная, однако самочувствие ухудшилось: пропал аппетит, появилась тошнота, выросла слабость, заметила темный цвет мочи. вероятный диагноз

1) холецистит

2) вирусный гепатит

3) брюшной тиф

4) лептоспироз

14. при вирусном гепатите

1) для гс характерно циклическое течение болезни

2) тяжесть течения болезни обусловлена поражением билиарной системы

3) для гв характерна высокая лихорадка

4) га протекает преимущественно в безжелтушной форме

15. правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов

1) инфицирование возбудителями вг чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни

2) возбудитель гс быстро выводится из организма

3) вирус гв часто обнаруживается в воде

4) возбудитель га является энтеровирусом

16. правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов

1) для гепатита в не характерно улучшение состояния в начале желтушного периода

2) при гепатите а характерно тяжелое течение болезни

3) гриппоподобный синдром наиболее характерен для гепатита в

4) при гепатите а часто наблюдается уртикарная сыпь

17. при вирусных гепатитах в преджелтушном периоде

- 1) возможны признаки «печеночной диспепсии»
- 2) как правило, печень и селезенка не увеличены
- 3) отсутствуют какие-либо клинические симптомы, свидетельствующие о поражении печени
- 4) с первого дня болезни моча приобретает темную окраску

18. при вирусных гепатитах

1) сокращение размеров печени в разгаре желтушного периода является прогностически благоприятным синдромом

2) появление «хлопающего» тремора - характерный признак энцефалопатии 100

3) печеночная энцефалопатия чаще всего развивается в преджелтушном периоде болезни

4) увеличение размеров печени, кожный зуд - наиболее характерные признаки печеночной энцефалопатии

19. При вирусных гепатитах

1) развитие хронических форм инфекции характерно для ГА

2) наиболее частым исходом является хронизация процесса

3) развитие хронического гепатита характерно для ГС

4) течение болезни, как правило, волнообразное

20. Клинические признаки прекомы при вирусных гепатитах

1) гепатоспленомегалия

2) брадикардия

3) тахикардия, тремор кончиков пальцев

4) увеличение печени, наличие сосудистых звездочек

Решите ситуационные задачи:

Задача №1.

Больная О., 45 лет, доярка, поступила на 9-ый день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, озноб, плохой сон и аппетит. Заболела постепенно: слабость, адинамия, познабливание, ухудшение аппетита. Температура в первый день болезни - $37,5^{\circ}\text{C}$, а затем в течение 6 дней - $37,8-38,0^{\circ}\text{C}$. На 7-ой день болезни больная вызвала врача на дом. Был поставлен диагноз "грипп". Медикаментозная терапия антигриппином эффекта не дала. При повторном осмотре врачом на 9-ый день болезни больная была направлена в инфекционную больницу с диагнозом: "грипп, затянувшееся течение".

При осмотре общее состояние средней тяжести, температура $38,4^{\circ}\text{C}$, вялая, адинамичная, сознание ясное. Кожные покровы бледные, на груди единичные розеолы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-78 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен бледно-серым налетом, сухой, с отпечатками зубов, кончик языка и его края свободны от налета. Живот мягкий, немного вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень на 1-2 см выступает из-под реберной дуги, болезненная, край заострен. Селезенка пальпируется в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Менингеальные симптомы отсутствуют. Стул 2-3 раза в сутки в виде "горохового супа". Мочеиспускание в норме.

Лабораторные данные: Кровь: Эр. $4 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-120г/л, Лц.- $12 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-нет, П-15, С-42, Лм-41, Юнн.-2. Моча: уд.вес-1024, белок-0,033г/л.

1. Предварительный диагноз.

2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?

3. Дифференцируемые заболевания.

4. План обследования

5. Лечение, выписать рецепты.

6. Тактика участкового терапевта.

7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 2.

Мальчик 4 лет, посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями. Заболел остро, когда впервые

повысилась температура до 38,80С, появились сильные схваткообразные боли внизу живота, слабость, озноб, отсутствие аппетита. Через час появился кашицеобразный стул (6 раз за вечер), рвота 2-хкратно. К концу суток температура повысилась до 39,50С, стул участился до 10 раз, потерял каловый характер, со слизью и прожилками крови. Перед актом дефекации отмечает боли в животе. Срочно госпитализирован. При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, температура 38,90С, в сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, горячая на ощупь, «мраморная», акроцианоз. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке систолический шум. Пульс 130 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот втянут, перистальтика прослушивается слабо, болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка пальпируется в виде цилиндра, болезненная, спазмирована, урчит. Печень и селезенка не увеличены. Анус податлив, явление сфинктерита. Стул скудный со слизью, прожилками крови. Не мочится в течение 8 часов.

Клинический анализ крови: Нв – 150 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цп – 1,01, Лейк. – $21,5 \times 10^9$ /л; п/я-12%, с/я-62%, л – 21%, м – 4%, плазматические клетки -1%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ – 24 мм/ч.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь +++++, Лейк – сплошь в п/з, Эр – до 40-50 в п/з, мышечные волокна непереваренные (++) , нейтральный жир (++) , жирные кислоты, мыла (+).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как следует решить вопрос о госпитализации.
3. Выделите основные клинические синдромы и симптомы заболевания.
4. Подтверждают ли результаты проводимых лабораторных исследований предполагаемый Вами диагноз.
5. Какие результаты дополнительных лабораторных исследований могут окончательно подтвердить диагноз.
6. Назовите возможный механизм развития инфекции и пути заражения.
7. Назначьте лечение.
8. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 3.

Мальчик 5 месяцев, заболел остро, когда появились жалобы на учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день болезни повысилась температура тела до 37,50С, была два раза рвота, жидкий не переваренный стул до 6 раз в сутки. В последующие дни ребенок продолжал лихорадить, рвота и срыгивания (до 3-4 раз в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, «сучил» ножками, отказывался от еды, плохо пил воду.

Ребенок госпитализирован на 4-е сутки в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что преморбидный фон ребенка не отягощен, ранее не болел, находится на искусственном вскармливании, масса тела до заболевания 7100 г. При осмотре: ребенок вялый, сонливый, масса тела 6380 г, отмечается бледность кожи и «мраморный рисунок», тургор и эластичность кожи снижены,

кожи и слизистые сухие, чистые, черты лица заострены. Дыхание пуэрильное до 40 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 150 в минуту. Живот резко вздут, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

Копрограмма: консистенция – жидкая, лейкоциты 10-12 в п/з, эритроциты (-), нейтральный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал (+++), йодофильная флора (+).

Общий анализ крови: Нв – 134 г/л, Эр – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $9,0 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 50%, э – 2%, л – 40%, м – 6%; СОЭ – 12 мм/час. РНГА с комплексным шигеллезным и сальмонеллезным диагностикумами – отрицательная. Анализ кала на кишечную группу: E. Coli 0111.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Какие результаты лабораторных исследований подтверждают этиологию заболевания.
3. Оцените результаты копрограммы.
4. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
5. Проведите расчет жидкости для проведения регидратационной терапии.
6. Назначьте этиотропную и патогенетическую терапию.
7. Показания для выписки больного из стационара.
8. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача №4.

Больная З., 20 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель.

Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познabливало. Температура тела поднялась до $37,5^{\circ}\text{C}$, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, необильные серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура $37,8^{\circ}\text{C}$, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. С этого времени больная самостоятельно принимала сульфадимезин. Живет в общежитии.

При осмотре общее состояние больной удовлетворительное, температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъецированы. Из носа - необильное серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-120г/л, Лц.- $4,8 \times 10^9$ /л, П-4, С-68, Лм-28, СОЭ-10 мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.,

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования

5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Тема 1.22. диагностика и лечение инфекций, передающихся преимущественно воздушно-капельным путем.

Ответьте на теоретические вопросы по теме «воздушно-капельные инфекции»:

1. количественные характеристики эпидпроцесса (пандемия, эпидемия, спорадическая заболеваемость, показатель заболеваемости).
2. качественные характеристики эпидпроцесса (эндемичные и экзотические болезни).
3. источники инфекции, понятие антропоноз, зооноз, антропозооноз, и сопроноз.
4. механизмы и пути передачи воздушно-капельных инфекций.
5. понятие о конвенционных и нозокомиальных инфекциях.
6. понятие специфической и неспецифической профилактики.
7. показания для госпитализации в инфекционное отделение
8. понятие дезинфекция.
9. иммунобиологические препараты для создания активного иммунитета.
10. иммунобиологические препараты для создания пассивного иммунитета. 11. что такое «холодовая цепь»?
12. какие существуют виды вакцин?
13. понятие экзантемы и энантемы.
14. характеристика видов сыпи (везикула, пустула, папула, макула...)
15. в какие сроки с момента взятия должен быть доставлен нативный мазок из ротоглотки?
16. в какие сроки с момента взятия должны быть доставлены мазки из ротоглотки и носа для определения каринобактерии?
17. правила взятия мазка из зева на флору (ангина), на менингококк, на вI (дифтерию).
19. чем сопровождаются синдром крупа?
20. понятие этиотропной и патогенетической терапии.
21. понятие регидратационной, дегидратационной, дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии.
22. понятие фитотерапии.
23. понятие оксигенотерапии.
24. понятие иммунобиологических препаратов (вакцины, анатоксины, сыворотки, бактериофаг, интерферон).
26. температура вводимых сывороток и парентеральных полиионных солевых растворов?
27. сроки инкубационного периода при: гриппе, дифтерии, менингококковой инфекции, инфекционном мононуклеозе?
28. сроки карантина при: гриппе, дифтерии, менингококковой инфекции, инфекционном мононуклеозе?
29. характерные симптомы орви?
30. сроки появления, локализация и характер сыпи менингококкемии?
31. наиболее характерные изменения со стороны нервной системы при менингококковом менингите?
32. механизм заражения при дифтерии?
33. механизм заражения орви?
34. основной симптом при гриппе?
35. основные симптомы при аденовирусной инфекции?
36. почему инфекционный мононуклеоз называют «болезнью влюбленных»?
37. основные симптомы парагриппа?
38. основной симптом дифтерии гортани?

39. какие вы знаете виды лихорадки?
40. основные симптомы менингококкового назофарингита?
41. чем проводится специфическая профилактика гриппа?
42. тактика в отношении лиц, контактировавших с больными дифтерией?
43. кто может стать источником инфекции и возможные пути передачи при аденовирусной инфекции?
44. что такое менингеальные знаки?
45. основные симптомы острой дыхательной недостаточности?
46. препараты, относящиеся к группе антипиретиков.
47. неспецифическая профилактика орви?
48. экстренная специфическая профилактика гриппа.
49. неспецифическая профилактика менингококковой инфекции.
50. при каких воздушно-капельных инфекциях применяется специфическая профилактика (прививки)?

Решите тест:

Тема: «грипп и другие орви».

1. наиболее вероятным источником инфекции при гриппе является
 - 1) человек, находящийся в инкубационном периоде
 - 2) больной в периоде разгара
 - 3) реконвалесцент
 - 4) вирусоноситель
2. из перечисленных симптомов при гриппе наблюдается
 - 1) сыпь
 - 2) гиперемия и зернистость мягкого неба
 - 3) лимфоаденопатия
 - 4) увеличение селезенки
3. продолжительность лихорадки при гриппе чаще всего составляет
 - 1) 1-3 дня
 - 2) 2-4 дня
 - 3) 3-5 дней
 - 4) 1-7 дней
4. больной 33 лет лечился на дому по поводу среднетяжелой формы гриппа. на 6-й день болезни состояние ухудшилось. температура повысилась до 40 гр. с, появилась одышка (чд-36 в мин), глухость тонов сердца, пульс 110 ударов в мин, цианоз губ. при аускультации легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. сознание спутанное. бредит. сформулируйте правильный диагноз осложнения
 - 1) миокардит
 - 2) бронхит
 - 3) вторичная пневмония
 - 4) отек легких
5. наличие указанного симптома позволяет исключить диагноз гриппа
 - 1) головная боль с рвотой
 - 2) менингеальный синдром
 - 3) дыхательная недостаточность
 - 4) желтуха
6. правильное утверждение
 - 1) в отличие от сыпного тифа сыпь при гриппе появляется на 1-й день
 - 2) в отличие от гриппа при других орви интоксикация выражена слабо
 - 3) в отличие от брюшного тифа при гриппе наблюдаются боли в животе и жидкий стул

4) в отличие от инфекционного мононуклеоза при гриппе увеличиваются только подчелюстные лимфоузлы

7. больная 23 лет, доставлена в тяжелом состоянии. температура 39,5°с. лицо пепельно-серое. кровохарканье. тахикардия. ад 80/50 мм рт. ст. тахипное. менингеальных симптомов нет. живот безболезненный. больна 3 суток. поставьте диагноз

- 1) сыпной тиф
- 2) аденовирусная инфекция
- 3) глпс
- 4) грипп

8. для гриппа характерно

- 1) лечение предпочтительней проводить в условиях стационара
- 2) в тяжелых случаях следует назначать антибиотики широкого спектра действия
- 3) всем больным следует назначать аспирин
- 4) антимикробная терапия показана только в осложненных случаях

9. этиотропным препаратом лечения гриппа является:

- 1) интерферон
- 2) дибазол
- 3) ваксигрипп
- 4) ацикловир

10. ведущим синдромом поражения при парагриппе является

- 1) фарингит
- 2) ринит
- 3) ларингит
- 4) трахеобронхит

11. для парагриппа характерен

- 1) назофарингит
- 2) ларингит
- 3) тонзиллит
- 4) трахеит

12. для аденовирусной инфекции характерным синдромом является

- 1) фарингит
- 2) бронхит
- 3) бронхиолит
- 4) ларингит

13. бронхи, бронхиолы и легкие поражаются чаще при

- 1) гриппе
- 2) парагриппе
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) респираторно-синцитиальной инфекции

14. этиотропный препарат для лечения больных гриппом

- 1) бисептол
- 2) ремантадин
- 3) эритромицин
- 4) пенициллин

15. для гриппа характерно сочетание симптомов

- 1) высокая температура, головная боль, миалгии, трахеит, непродуктивный насморк
- 2) субфебрильная температура, ларингит, ринит
- 3) высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит

16. трахеит характерен для

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) риновирусная инфекция
- 4) аденовирусная инфекция

17. осложнение «ложный круп» характерно для

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) риновирусная инфекция
- 4) аденовирусная инфекция

18. характерный симптом для вирусного ринита

- 1) обильные водянистые выделения из носа, чихание
- 2) пленки в носу
- 3) сукровичные выделения из носа
- 4) гипертермия

19. ринофарингоконъюнктивит и ринофаринготонзиллит являются типичными синдромами

- 1) парагрипп
- 2) грипп
- 3) аденовирусная инфекция
- 4) реовирусная инфекция

20. мазок из носа производят

- 1) одним тампоном
- 2) двумя тампонами
- 3) после закапывания мезатона
- 4) всем больным ринитом

Задача №1.

Больной Т., 32 л., шофер мехколонны, поступил в стационар с диагнозом «острый менингит» на 4 день болезни. Первые 3 дня продолжал работать на машине, тесно общался с 5 другими шоферами. При осмотре: температура 37,3° С, состояние очень тяжелое, без сознания. Выражены менингеальные знаки. В области крупных суставов конечностей обильная разнокалиберная геморрагическая сыпь. Тоны сердца приглушены, пульс слабого наполнения и напряжения, 124 в минуту, АД 60/0 мм.рт.ст. Несмотря на интенсивную терапию гормонами, антибиотиками, гепарином, сердечно-сосудистыми средствами, больной умер на следующие сутки.

1. Диагноз. Возможная причина смерти.
2. План противоэпидемических мероприятий среди контактных.

Задача №2.

Больная М 32 лет, доставлена в инфекционную больницу бригадой СП через 19 часов от начала болезни. Со слов мужа заболела остро, с озноба, повышения температуры до 39°С, першения в горле, болезненность глазных яблок. Осмотрена участковым врачом, поставлен диагноз ОРЗ, выдан больничный лист, назначен аспирин, сульфадиметоксин. Через несколько часов состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, рвота, потеряла сознание.

Анамнез жизни: болела ОРЗ, ангиной. Состояние крайне тяжелое: без сознания, кожа бледная, на туловище и бедрах геморрагическая сыпь. Элементы сыпи неправильной формы, местами сливаются в крупные поля. Тахипноэ. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, 140 уд/мин. Пульс нитевидный. АД-50/0 мм.рт.ст. Ригидность мышц затылка 3 см. Симптомы Кернига и Брудзинского резко положительные.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-2,8x10¹²/л, Нв-116г/л, Лц.-18,0x10⁹/л, Эоз-0, П-16, Юнн-2, С-70, Лм-10, Мон-3, СОЭ-25 мм.рт.ст. Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача №3.

Больной 24 лет, заболел остро: температура 39,5° С. При поступлении: жалобы на сильную головную боль, боли в мышцах, озноб, сухой кашель, насморк, боль за грудиной. Тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Зев гиперемирован. В городе имеется подъем заболевания ОРЗ.

1. Диагноз и лечебная тактика.
2. Лабораторное обоснование диагноза.
3. Возможные осложнения.

Задача №4.

Больная З., 20 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель.

Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познабливало. Температура тела поднялась до 37,5°С, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, небольшие серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура 37,8°С, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. С этого времени больная самостоятельно принимала сульфадимезин. Живет в общежитии.

При осмотре общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,5°С. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъецированы. Из носа - небольшое серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,2x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-4,8x10⁹/л, П-4, С-68, Лм-28, СОЭ-10 мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.,

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Тема 1.23. Диагностика и лечение болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека

Решите тест:

Тема: ВИЧ-инфекция и оппортунистические инфекции.

1. Вирус иммунодефицита человека отнесен к семейству
 - 1) ретровирусов
 - 2) пикорнавирусов
 - 3) миксовирусов
 - 4) реовирусов
2. При вич – инфекции показатели сывороточных иммуноглобулинов
 - 1) низкие
 - 2) нормальные
 - 3) повышенные
 - 4) отсутствуют
3. Определение специфических антител у вич-инфицированных возможно через
 - 1) 10-14 дней

- 2) 15-30 дней
- 3) 3 и более месяцев
- 4) 7 дней
4. Возбудитель токсоплазмоза относится
 - 1) к бактериям
 - 2) к микоплазмам
 - 3) к хламидиям
 - 4) к простейшим
5. К первичным поражениям нервной системы при вич-инфекции относится
 - 1) лимфома головного мозга
 - 2) абсцесс головного мозга
 - 3) инсульт
 - 4) вакуолярная миелопатия
6. Сыпь при краснухе
 - 1) пятнисто-папулезная, розового цвета на неизмененном фоне кожи
 - 2) уртикарная, неправильной формы
 - 3) папулезно-везикулезная
 - 4) геморрагическая
7. Искусственный активный иммунитет приобретается в результате:
 - 1) инфекционной болезни
 - 2) бессимптомной инфекции
 - 3) введения вакцины
 - 4) введения иммуноглобулина
8. Естественный активный иммунитет приобретается в результате
 - 1) бессимптомной инфекции
 - 2) вакцинации
 - 3) серопротекции
 - 4) введения нормального человеческого иммуноглобулина
9. При лечении врожденной цитомегаловирусной инфекции используют
 - 1) ацикловир
 - 2) цитотект
 - 3) рулид
 - 4) каррагинан
10. Вирус простого герпеса
 - 1) содержит днк
 - 2) не обладает цитопатическим действием
 - 3) способен сохраняться в организме до 2-3 лет
 - 4) Для своего культивирования требует специальных питательных сред
11. наиболее эффективным препаратом для лечения герпетической инфекции является
 - 1) виферон
 - 2) ацикловир
 - 3) ганцикловир
 - 4) ремантадин
12. Болевые ощущения в области высыпаний типичны
 - 1) для краснухи
 - 2) для иерсиниоза
 - 3) для сыпного тифа
 - 4) для опоясывающего герпеса
13. Больной 60 лет был направлен в стационар на 5-й день болезни с жалобами на озноб, температуру, головную боль, рвоту. при осмотре на коже в подлопаточной области с переходом на грудь слева в xi-xii межреберье обильные высыпания в виде папул, сгруппированных везикул. отмечает жгучую боль по ходу кожных высыпаний. ваш диагноз
 - 1) ветряная оспа

- 2) простой герпес
 - 3) опоясывающий герпес
 - 4) болезнь лайма
14. В группу повышенного риска заражения вич-инфекцией входят
- 1) лица, получавшие человеческий иммуноглобулин
 - 2) больные онкологическими заболеваниями
 - 3) длительно болеющие соматическими заболеваниями
 - 4) реципиенты крови
15. Манипуляция, при которой медицинские работники могут подвергнуться риску заражения вич-инфекции
- 1) гастроскопия
 - 2) ректороманоскопия
 - 3) цистоскопия
 - 4) взятие крови
16. При попадании крови больного при проведении парентеральной процедуры на слизистую оболочку глаз, необходимо
- 1) промыть глаза проточной водой
 - 2) промыть глаза раствором перманганата калия в разведении 1:5000
 - 3) промыть глаза струей воды и закапать 1% раствор азотнокислотного серебра
 - 4) промыть глаза 1% раствором борной кислоты
17. При положительной реакции ифа на вич рекомендуется
- 1) повторить исследование
 - 2) направить кровь на вирусологическое обследование
 - 3) изучить иммунный статус
 - 4) Установить диагноз «вич-инфекция»
18. синдром, подозрительный на вич-инфекцию
- 1) ректальный пленок
 - 2) миокардит
 - 3) лимфаденопатия
 - 4) миозит
19. Препарат, применяемый для иммунокорректирующей терапии больных вич-инфекцией
- 1) линкомицин
 - 2) нистатин
 - 3) карсил
 - 4) тактивин
20. Результат паразитирования вируса иммунодефицита человека:
- 1) образование симпластов
 - 2) агглютинация эритроцитов
 - 3) усиление пролиферативной функции т-лимфоцитов
 - 4) усиление гиперчувствительности замедленного типа
21. Мононуклеозоподобный синдром свойственен вич-инфекции в стадии 1) инкубации
- 2) первичных проявлений
 - 3) вторичных заболеваний
 - 4) терминальной
22. диагноз вич-инфекции подтверждается обнаружением в крови антител против
- 1) p24
 - 2) p41
 - 3) p7
 - 4) p9
23. Признаком стадии вторичных заболеваний вич-инфекции (по в.и.покровскому) является
- 1) длительная лихорадка
 - 2) длительная лимфаденопатия
 - 3) серозный менингит

4) генерализованный герпес зостер

24. К спид-индикаторам относится

1) стронгилоидоз

2) нанофиетоз

3) гименолепидоз

4) фасциолез

25. Аденопатия при вич-инфекции характеризуется

1) односторонним увеличением лимфатических узлов

2) двусторонним симметричным поражением лимфатических узлов

3) резкой болезненностью лимфоузлов при пальпации

4) спаянностью пораженных лимфоузлов с окружающими тканями

Задача №1.

Больной Т., 26 лет, в течение 2 лет употребляет наркотики. Поступил в стационар через месяц от начала заболевания с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, потливость, особенно по ночам; отсутствие аппетита. Заболел постепенно, пропал аппетит, похудел, постоянно отмечает вечерний субфебрилитет. В течении месяца двух-трех кратный водянистый жидкий стул. К врачу не обращался. Нарастали утомляемость, недомогание, головная боль. На коже появилась мелкоточечная сыпь.

Неделю назад больной стал отмечать боли в горле при глотании. Температура - 37,60 С, увеличились лимфоузлы. Самостоятельно принимал антибиотики (пенициллин). Состояние не улучшилось, был направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура - 38,40С, вял, адинамичен, кожные покровы бледные. На коже груди и спины - единичные элементы папулезно-петехиальной сыпи, симметричное увеличение лимфоузлов (подчелюстных, передне-, заднешейных подключичных, кубитальных, паховых, подмышечных групп). Они болезненны, кожа над ними не изменена. Зев умеренно гиперемирован, миндалины увеличены, рыхлые, язык густо обложен сероватым крошковидным налетом. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 96 уд. в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу тонкого кишечника. Печень, селезенка не пальпируется. Моча - без патологии. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Лабораторные исследования: Эр.-2,5х10¹²/л, Нв-92г/л, Лц.-2,9х10⁹/л, Эоз-5, П-19, С-58, Лм-18. В моче изменений нет. Иммунограмма - снижен уровень CD4.

Тема 1.24 Диагностика и лечение риккетсиозов, вирусных лихорадок.

Решите ситуационные задачи

Задача №1.

Больной С., 72 года, пенсионер, поступил в больницу на 8-ой день болезни с диагнозом "ОРЗ, медикаментозная аллергия".

Заболел остро, повысилась температура до 38,0°C, появилась сильная головная боль. Температура все дни носила постоянный характер в пределах 38,0-39,0° С. Была бессонница, кратковременная потеря сознания, бред, лечился аспирином и пенициллином, но эффекта не было. На 5-ый день болезни была замечена сыпь на коже туловища и конечностей, которую расценили как лекарственную. В связи с этим были назначены хлорид кальция и димедрол. Состояние продолжало оставаться тяжелым, сохранялась сыпь, в связи с чем, больной был направлен в больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,8°C, яркая гиперемия лица и тела, инъекция сосудов склер. В зеве в области мягкого неба участки кровоизлияния. На коже туловища (преимущественно на боковых поверхностях грудной клетки) и верхних конечностях обнаружена мелкопятнистая, местами - петехиальная сыпь. Положительные симптомы, "щипка" и "жгута". Дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, пульс 114 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный с желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 2 см., селезенка на 1 см. ниже реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-140г/л, Лц.-10,5x10⁹/л, тромбоциты-127,0x10⁹/л, Эоз-нет, П-8, С-68, Лм-9, Мон-15, СОЭ-16 мм/час. Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Тема 1.25. Диагностика и лечение зоонозных инфекций.

Решите тест:

Тема: **Столбняк. Бешенство.**

1. Возбудитель столбняка
 - 1) является аэробом
 - 2) неподвижен
 - 3) спор не образует
 - 4) Размножается в нежизнеспособных тканях
2. тризм является ранним признаком
 - 1) бешенства
 - 2) ботулизма

3) клещевого энцефалита

4) столбняка

3. У больного 28 лет ведущими проявлениями болезни являются периодические судороги мышц туловища. рот растянут в улыбке, открывает с трудом только на 1-1,5 см. сознание ясное, температура нормальная, мышечный гипертонус. на левой кисти эпителизирующий ожог iv степени после электротравмы. укажите наиболее вероятный диагноз

1) бешенство

2) раневой ботулизм

3) столбняк

4) энцефалит

4. Для лечения следующих инфекционных болезней применяются антитоксические сыворотки

1) сальмонеллеза

2) столбняка

3) вирусных гепатитов

4) холеры

5. Специфический иммуноглобулин применяется для лечения

1) орнитоза

2) легионеллеза

3) столбняка

4) инфекционного мононуклеоза

6. Столбнячный токсин поражает преимущественно

1) вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дуг

2) двигательные зоны коры головного мозга

3) холинэргические синапсы

4) задние рога спинного мозга

7. При столбняке

1) болезнь начинается с выраженной интоксикации и лихорадки

2) характерны клонические судороги, особенно дистальных отделов конечностей

3) характерно повышение мышечного тонуса

4) характерно нарушение сознания

8. Наиболее ранним симптомом столбняка является

1) диплопия

2) дисфагия

3) тризм

4) опистотонус

9. Характерным осложнением столбняка является

1) компрессионный перелом позвоночника

2) отек легких

3) острая почечная недостаточность

4) острая сердечно-сосудистая недостаточность

10. Основная причина смерти при столбняке

1) асфиксия

- 2) отек мозга
- 3) инфекционно-токсический шок
- 4) пневмония

11. Диагноз столбняка устанавливается на основании

- 1) клинико-лабораторных данных
- 2) клинических данных и результатов бактериологических исследований
- 3) клиники и определения уровня антитоксических антител
- 4) клиники и наличия травмы в анамнезе

12. Больная т., 62 лет, заболела через 12 дней после получения глубокой колотой раны правой стопы во время работы на огороде. появились недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны. через два дня отметила затруднение жевания и открывания рта, болезненность при глотании. затем появилось напряжение мышц лица и чувство стеснения в груди. обратилась за медицинской помощью. длительно злоупотребляет алкоголем. наиболее вероятный диагноз

- 1) ботулизм
- 2) энцефалит
- 3) столбняк
- 4) бешенство

13. Больной К., 64 года, заболел через 2 недели после получения размозженной раны левой голени во время сельскохозяйственных работ, появилось недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны. через 2 дня отметил затрудненное жевание и открывание рта, затруднение и болезненность при глотании. затем отметил напряжение мышц лица, затруднение наклона головы, чувство стеснения в груди. температура нормальная. ваш наиболее вероятный диагноз

- 1) ботулизм
- 2) столбняк
- 3) менингит
- 4) бешенство

14. При первых симптомах столбняка в первую очередь назначают

- 1) антибиотики
- 2) противостолбнячную сыворотку или противостолбнячный иммуноглобулин
- 3) столбнячный анатоксин
- 4) нейролептики

15. Для нейтрализации токсина при столбняке используют

- 1) противостолбнячную лошадиную сыворотку по 20-40 тыс. ме в/м до купирования судорожного синдрома
- 2) противостолбнячную человеческую сыворотку в дозе 100-150 мл в/м однократно
- 3) введение однократно в/м 100-150 тыс. ме противостолбнячной лошадиной сыворотки
- 4) введение противостолбнячной человеческой сыворотки в дозе 150 тыс. ме капельно внутривенно в течение 3 суток

16. Профилактика столбняка при ранениях, ожогах и отморожениях у неиммунных лиц проводится

- 1) столбнячным анатоксином
- 2) противостолбнячным иммуноглобулином
- 3) противостолбнячной сывороткой и противостолбнячным иммуноглобулином
- 4) противостолбнячным иммуноглобулином в сочетании со столбнячным анатоксином

17. Ведущий симптом столбняка

- 1) высокая температура
- 2) тонические судороги
- 3) параличи
- 4) нарушение сознания

18. Для профилактики и лечения столбняка применяется

- 1) антимикробная сыворотка
- 2) антитоксическая сыворотка
- 3) бактериофаг
- 4) нормальная лошадиная сыворотка

19. При бешенстве

- 1) возбудитель проникает в цнс гематогенно
- 2) поражаемся преимущественно спинной мозг
- 3) инкубационный период при обширных укусах может сокращаться до 5 дней
- 4) болезнь начинается с недомогания, лихорадки, депрессии

20. Паралитический период бешенства характеризуется

- 1) гипотермией
- 2) прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии
- 3) нарастанием мышечного тонуса
- 4) нормализацией сердечной деятельности

Задача №1.

Больной В., 28 лет, в результате несчастного случая получил ожог лица II степени. Против столбняка раньше не прививался.

1. Провести экстренную специфическую профилактику столбняка.

Эталон ответа

1. Необходима активно-пассивная иммунизация: столбнячный анатоксин в дозе 1,0 мл комбинируют с противостолбнячной сывороткой 3 000 МЕ (сыворотку вводят по методу Безредки).

Задача №2.

Больной С., 25 лет, заболел постепенно: появились гиперемия, отек и зуд кожи в области рубцов на правом бедре (2 месяца назад покусала бродячая собака). Через день повысилась температура тела до 38 °С, плохо спал, кошмарные сновидения, возникло чувство страха, гидрофобия, фотофобия.

1. Установите диагноз
 2. Какими методами можно подтвердить предполагаемый диагноз?
- А. Биохимический анализ крови

- В. Исследование отпечатков роговицы
- С. Общий анализ крови
- Д. Общий анализ мочи
- Е. Копрограмма

Тема 1.26. Диагностика и лечение некоторых бактериальных инфекций

Задача №1.

Больной С., 25 лет, заболел постепенно: появились гиперемия, отек и зуд кожи в области рубцов на правом бедре (2 месяца назад покусала бродячая собака). Через день повысилась температура тела до 38 °С, плохо спал, кошмарные сновидения, возникло чувство страха, гидрофобия, фотофобия.

1. Установите диагноз

2. Какими методами можно подтвердить предполагаемый диагноз?

А. Биохимический анализ крови

В. Исследование отпечатков роговицы

С. Общий анализ крови

Д. Общий анализ мочи

Е. Копрограмма

3. ФОС для промежуточной аттестации (контрольная работа, экзамен, диф.зачет)

Формой проведения промежуточной аттестации по дисциплине МДК 02.01 проведения медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля специальность 31.02.01 Лечебное дело является экзамен. К экзамену допускаются студенты на основании решения педагогического совета. Экзамен проводится в устной форме в виде ответов на вопросы билета. Билет содержит один теоретический вопрос и два практических задания. Количество билетов – 30. Студенту разрешается пользоваться ручкой, карандашом. Литература для подготовки к экзамену представлена в Приложении А.

Экзаменационные билеты

Министерство здравоохранения Республики Татарстан
ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»
Билеты для проведения промежуточной аттестации
ПМ.02 Лечебная деятельность
Специальность 31.02.01 «Лечебное дело».

ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»	Экзаменационный билет № <u> 1 </u> Рассмотрен и одобрен на заседании ЦМК _____ « ___ » _____ 20__ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам.дир. по учебной работе _____ О.В. Мигачева « ___ » _____ 20__ г.
--	---	--

Задача 1.

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет, кровельщик, с жалобами на высыпания в левом углу рта, а также на слизистой неба и нижней десны слева. Беспокоит головная боль, общее недомогание и чувство жжения в области высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА: четыре дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна, через 3 дня на коже в углу рта появилось покраснение, а затем несколько пузырьков с прозрачным содержимым, через день подобные высыпания появились и в полости рта. Появление высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания. Подобные высыпания были год назад.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки каждый диаметром от 1 до 3 мм. Расположены пузырьки на фоне гиперемизированной и слегка отечной коже, содержимое пузырьков - серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемизированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелко фестончатыми очертаниями. Пальпация этих участков кожи и слизистой болезненна. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Задания

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. (Герпес)

Задача 2.

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), при ступе удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. 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. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., 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 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. 4,5 млн., ЦП 0,79; лейкоц. 8,0 тыс.; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%, СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спиральи Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ₁ 55%; МОС₂₅ 66%; МОС₅₀ 42%; МОС₇₅ 38%. После ингаляции 400 мкг салбутамола: ОФВ₁ 84%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 59%; МОС₇₅ 58%.

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

Задания

Поставить предварительный диагноз, методы лечения пациента.

Задание 3. Профилактика столбняка.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан
ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»
Билеты для проведения промежуточной аттестации
ПМ.02 Лечебная деятельность
Специальность 31.02.01 «Лечебное дело».

ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»	Экзаменационный билет № <u> 2 </u> Рассмотрен и одобрен на заседании ЦМК _____ « ___ » _____ 20__ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам.дир. по учебной работе _____ О.В. Мигачева « ___ » _____ 20__ г.
--	---	---

Задача № 1.

Больной П., 64 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3⁰С, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро 3 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.

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 2 года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела - 37,6⁰С. Подкожно- жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое - 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно 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 мин., АД - 118/76 мм рт.ст. 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 определяется участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

Задания

Поставить предварительный диагноз, методы лечения пациента.

Задача № 2.

Больная С., 38 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью, 9 раз/сут, повышение температуры тела, общую слабость.

Свое заболевание связывает с употреблением невымытых фруктов, купленных на рынке. Работает продавцом в продуктовом магазине.

Объективно: температура тела 38,9⁰ С, частота дыхания 17/мин, пульс 96 уд/мин, АД -120/80 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, влажные, бледно-розовые, Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Стул бескалового характера, слизистый, с прожилками крови.

От госпитализации больная отказывается, так как не с кем оставить малолетних детей.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Принципы лечения.

Задание 3. Гипоаллергенная диета.

Критерии оценки

Оценка «5» - (отлично)

При ответе материал изложен грамотным языком в определенной логической последовательности, точно использована математическая терминология и символика, полно раскрыто содержание материала в объеме, предусмотренном программой, правильно выполнены рисунки, чертежи, графики, сопутствующие ответу, показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации при выполнении практического задания; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, ответ самостоятельный без наводящих вопросов преподавателя. Возможны одна - две неточности при освещении второстепенных вопросов или в выкладках, которые обучающийся легко исправил по замечанию преподавателя. Задания 2 и 3 билета решены, в логических рассуждениях и обосновании решения нет пробелов и ошибок, в решении нет математических ошибок (возможна одна неточность, описка, не являющаяся следствием незнания или непонимания учебного материала)

Оценка «4» - (хорошо)

Ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие математическое содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов или в выкладках, легко исправленные по замечанию преподавателя. Задания 2 и 3 билета решены, но обоснования шагов решения недостаточны; допущена одна ошибка или два-три недочета в выкладках, рисунках, чертежах или графиках.

Оценка «3» - (удовлетворительно)

При ответе неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание, имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании математической терминологии, чертежах, выкладках, исправленные после нескольких наводящих вопросов преподавателя; обучающийся не справился с применением теории в новой ситуации при выполнении практического задания, но выполнил задания

обязательного уровня сложности по данному вопросу. При выполнении 2 и 3 заданий билета допущены более одной ошибки или более двух-трех недочетов в выкладках, чертежах или графиках, но обучающийся владеет обязательными умениями по проверяемой теме.

Оценка «2» - (неудовлетворительно)

При ответе не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание обучающимся большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании математической терминологии, в рисунках, чертежах или графиках, в выкладках, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов преподавателя, допущены существенные ошибки, показавшие, что обучающийся не владеет обязательными умениями по данной теме в полной мере.

Разработчик ФОС:

Преподаватель терапии

О.П.Ермолаева

Приложение Б

Литература

Основные источники:

3. Кочергин, Н. Г. Кожные и венерические болезни : диагностика, лечение и профилактика. Учебник / Н. Г. Кочергин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-7363-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473634.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

4. Тюльпин, Ю. Г. Психические болезни. Учебник / Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 424 с. : ил. - DOI : 10.33029/9704-7152-4-PDT-2022-1-424. - 424 с. - ISBN 978-5-9704-7152-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471524.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

5. Макурина, Т. Э. Нервные болезни. Учебник. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-7244-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472446.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

6. Диагностика болезней хирургического профиля. Учебник / В. Ф. Пряхин ; под ред. В. С. Groшилина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-6525-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465257.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

7. Пряхин, В. Ф. Лечение пациентов хирургического профиля. Учебник / В. Ф. Пряхин, В. С. Groшилин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-7174-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471746.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

8. Котельников, Г. П. Лечение пациентов травматологического профиля. Учебник / Г. П. Котельников, В. Ф. Мирошниченко, С. В. Ардагов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-7518-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475188.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

9. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни. Учебник / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, М. М. Гаджикулиева. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 520 с. - ISBN 978-5-9704-6911-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469118.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

10. Нечаев, В. М. Лечение пациентов терапевтического профиля. Учебник / В. М. Нечаев, Л. С. Фролькис, Л. Ю. Игнатюк [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6734-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467343.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

11. Ивашкин, В. Т. Пропедевтика внутренних болезней. Учебник / В. Т. Ивашкин ; под ред. А. В. Охлобыстина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-5698-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456989.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

12. Шишкин, А. Н. Лечение пациентов гериатрического профиля. Учебное пособие / А. Н. Шишкин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-6702-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467022.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

13. Макеева, И. М. Диагностика и лечение пациентов стоматологического профиля. Учебник / И. М. Макеева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6842-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468425.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

14. Егоров, Е. А. Диагностика и лечение пациентов офтальмологического профиля. Учебник / Е. А. Егоров, А. А. Рябцева, Л. Н. Харченко, Л. М. Епифанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-6209-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462096.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

15. Григорьев, К. И. Диагностика и лечение пациентов детского возраста. Учебник / К. И. Григорьев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6276-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462768.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

16. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник / Пальчун, В. Т. Гуров. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-6170-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461709.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

17. Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни. Учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-5964-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

18. Петерсон, С. Б. Онкология. Учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5468-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454688.html> (дата обращения: 26.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

3.2.2. Дополнительные источники:

Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080с. - ISBN 978-5-9704-66-32-2. - Текст : непосредственный

Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство/под ред. М.Р. Богомильского. - 2-е изд., перераб. и доп.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1040с. - ISBN 978-5-9704-6140-2. - Текст : непосредственный

Инфекционные болезни: национальное руководство/под ред. Н.Д. Ющук, Ю.Л. Венгерова. - 3-изд. перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1104с. - ISBN 978-5-9704-6122-8. - Текст : непосредственный

Кардиология: национальное руководство/под ред. Е.В. Шляхто. -2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 800с. - ISBN 978-5-9704-6092-4. - - Текст : непосредственный

Женская консультация: руководство / под ред. В.Е. Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-6002-3. - - Текст : непосредственный

Кильдиярова, Р.Р. Детские болезни: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-5964-5. - - Текст : непосредственный

Общая врачебная практика: национальное руководство в 2 т. Т.1/под ред. О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 992с. - ISBN 978-5-9704-5520-3.- - Текст : непосредственный

Общая врачебная практика: национальное руководство в 2 т. Т.2/под ред. О.Ю. Кузнецова, Д.В. Заславский, Д.М. Максимова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 992с. - ISBN 978-5-9704-5521-0.- - Текст : непосредственный

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России: [сайт]. - URL: <http://www.femb.ru> (дата обращения: 11.01.2022). - Текст: электронный.