



ЭЦП Буланов С.И.



ЭЦП Завалко А.Ф.

Утверждено 29.02.2024 г. протокол № 2.
Председатель Ученого Совета
ректор д.м.н. профессор С.И. Буланов
Ученый секретарь Ученого Совета
д.м.н. профессор А.Ф. Завалко

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ:
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

**БЛОК 2
ПРАКТИКИ
БАЗОВАЯ ЧАСТЬ
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ**

Специальность: 31.08.49 Терапия
Направленность (профиль): Терапия
Квалификация выпускника: Врач –терапевт
Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Год начала подготовки с 2024

При разработке рабочей программы дисциплины (модуля) в основу положены ФГОС ВО - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09января 2023 г. №15

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена на заседании кафедры внутренних болезней обучения от "29" февраля 2024 г.Протокол № 2.

Заведующий кафедрой внутренних болезней

д.м.н., доцент..... Руженцова Т.А.

Разработчики:

д.м.н., доцент..... Руженцова Т.А.,

к.м.н., доцент..... Биткова Е.Н.

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «Реавиз» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

1. ВИД ПРАКТИКИ. СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ.

Вид практики – производственная.

Тип практики – клиническая практика.

Способ проведения – стационарная, выездная.

Форма проведения – дискретно.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Области и сферы профессиональной деятельности выпускников.

02 Здравоохранение (в сфере терапии).

В рамках освоения программы практики обучающиеся готовятся к решению задач профессиональной деятельности медицинского типа.

2.2. Цели и задачи практики.

Цели практики:

- закрепление, углубление теоретической подготовки в рамках программы ординатуры;
- приобретение умений и опыта самостоятельной профессиональной деятельности в объеме программы практики путем непосредственного участия в деятельности медицинской организации;
- интеграция образовательной и клинической составляющей в высшем медицинском образовании.

Задачи практики:

- закрепление и углубление знаний об основных этапах выполнения и контроля эффективности профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных, организационно-управленческих мероприятий;
- приобретение опыта деятельности по применению современных технологий в диагностике, лечении и реабилитации пациентов по профилю "терапия";
- развитие навыков самостоятельного планирования, организации, проведения и контроля эффективности проводимых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме программы практики;
- расширение опыта взаимодействия с пациентами в рамках реализации программ профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения;
- приобретение/расширение опыта организации, координации и контроля выполнения подчиненным (приданным в подчинение) медицинским персоналом своих должностных обязанностей, опыта взаимодействия в коллективе;
- закрепление навыков ведения медицинской документации и проведения анализа медико-статистических показателей;
- расширение опыта участия в консилиумах, клинических разборах и клинико-диагностических конференциях.

2.3. Перечень планируемых результатов обучения по практике, соотнесенных с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

Код компетенции/	Содержание (наименование) компетенции/индикатора достижения компетенции
-------------------------	--

Код индикатора достижения компетенции	
УК-1.	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
иУК-1.1	Знает: теорию системного подхода; последовательность и требования к осуществлению поисковой и аналитической деятельности для решения поставленных задач; возможные варианты и способы решения задачи; способы разработки стратегии достижения поставленной цели.
иУК-1.2	Умеет: находить, критически анализировать и выбирать информацию, необходимую для решения поставленной задачи; выделять этапы решения и действия по решению задачи; рассматривать различные варианты решения задачи, оценивая их преимущества и риски; грамотно, логично, аргументировано формулировать собственные суждения и оценки; определять и оценивать практические последствия возможных решений задачи; разрабатывать последовательность действий решения поставленных задач.
иУК-1.3	Владеет: методами системного и критического анализа проблемных ситуаций; навыками разработки способов решения поставленной задачи; методами оценки практических последствий возможных решений поставленных задач.
Планируемые результаты обучения	В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: - готов интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов по профилю "терапия". готов интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных методов обследования по профилю "терапия"; - готов интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами по профилю "терапия"; - применяет навыки клинического мышления, основываясь на достижениях в медицине и фармации; - готов планировать и осуществлять свою профессиональную деятельность исходя из возможностей и способов применения достижения в области медицины и фармации; - умеет обобщать и использовать полученные данные.
УК-4.	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
иУК-4.1	Знает: современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия.
иУК-4.2	Умеет: выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий.

иУК-4.3	Владеет: навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.
Планируемые результаты обучения	В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: <ul style="list-style-type: none"> - владеет методиками - делового общения «ординатор/врач-терапевт», «ординатор/врач-специалист», «ординатор/медицинская сестра», «ординатор/процедурная медицинская сестра», «ординатор/младший медицинский персонал», «ординатор/вспомогательный персонал»; - направляет пациентов на консультацию к специалистам другого профиля; - готов контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении (приданного в подчинение) медицинского персонала; - способен использовать приемы эффективного и бесконфликтного общения в профессиональной среде; - проявляет толерантность в коллективе; - соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии; - готов выстраивать взаимодействие с коллегами в профессиональной и смежных сферах.
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
иОПК-1.1	Знает: современные информационные технологии и программные средства, применяемые в профессиональной деятельности; правовые справочные системы; актуальные библиографические ресурсы, электронные библиотеки, используемые в профессиональной сфере; профессиональные базы данных; базовые правила и требований информационной безопасности.
иОПК-1.2	Умеет: выбирать современные информационные технологии и программные средства, библиографические ресурсы, профессиональные базы данных для эффективного поиска информации; осуществлять поиск информации, необходимой для решения профессиональных задач, с использованием правовых справочных систем, профессиональных баз данных; применять требования информационной безопасности в профессиональной деятельности; корректно использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну.
иОПК-1.3	Владеет: алгоритмом решения профессиональных задач с использованием информационно-коммуникационных технологий ; алгоритмами решения организационных задач с использованием информационных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии; навыком соблюдения правил информационной безопасности.
Планируемые результаты обучения	В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: <ul style="list-style-type: none"> - готов к ведению медицинской документации в форме электронного документа;

	<ul style="list-style-type: none"> - использует медицинские электронные информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" в профессиональной деятельности; - осуществляет эффективный поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности, с использованием правовых справочных систем, библиографических ресурсов и профессиональных баз данных; - соблюдает правила информационной безопасности при работе с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну.
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
иОПК-2.1	<p>Знает:</p> <p>основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации;</p> <p>показатели, характеризующие деятельность медицинской организации;</p> <p>показатели здоровья населения;</p> <p>программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации;</p> <p>основы менеджмента;</p> <p>основы бизнес-планирования;</p> <p>принципы организации медицинской помощи;</p> <p>стандарты менеджмента качества;</p> <p>принципы управления качеством оказания медицинской помощи;</p> <p>принципы оценки качества оказания медицинской помощи;</p> <p>вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи, нормативную документацию по вопросам экспертизы качества медицинской помощи населению;</p> <p>основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи;</p> <p>порядок создания и деятельности врачебной комиссии.</p>
иОПК-2.2	<p>Умеет:</p> <p>использовать принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>применять основные подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений;</p> <p>проводить расчет и анализировать показатели качества медицинской помощи;</p> <p>проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи;</p> <p>разрабатывать мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи</p>
иОПК-2.3	<p>Владеет:</p> <p>навыками организации и управления в сфере охраны здоровья; навыком анализа деятельности различных подразделений медицинской организации;</p>

	<p>навыками расчета и анализа основных показателей качества медицинской помощи медицинских организаций с использованием основных медико-статистических показателей;</p> <p>навыками обеспечения внутреннего контроля качества медицинской деятельности;</p> <p>навыками руководства созданием системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, а также обеспечения его внедрения и совершенствования.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - готов планировать и составить отчет о своей работе; - ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; - проводит анализ медико-статистических показателей медицинской организации; - использует медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" в профессиональной деятельности; - готов контролировать соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований охраны труда и пожарной безопасности; - готов проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - способен контролировать выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; - готов проводить оценку эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями нервной системы
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
иОПК-4.1	<p>Знает:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия".</p> <p>Клинические рекомендации и стандарты по вопросам оказания медицинской помощи.</p> <p>Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности внутренних органов организма человека</p> <p>Методика сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» (или его законного представителя).</p> <p>Методика физикального обследования пациента.</p> <p>Методы лабораторных и инструментальных обследований, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов.</p> <p>Клиническая картина заболеваний и (или) состояний взрослого населения по профилю «терапия», особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин.</p> <p>Принципы построения клинического диагноза: симптоматического, синдромального, нозологического, метода дифференциального диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</p> <p>МКБ; алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ;</p>
иОПК-4.2	Умеет:

	<p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов (их законных представителей). Интерпретировать и анализировать полученную информацию.</p> <p>Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.</p> <p>Обосновывать и планировать методы обследования, объем инструментального и лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования (инструментального и лабораторного) пациентов.</p> <p>Выполнять диагностические манипуляции, обеспечивать их безопасность, интерпретировать и анализировать полученные результаты.</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам, интерпретировать и анализировать полученные результаты.</p> <p>Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</p> <p>Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ;</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и состояний, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ;</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара.</p>
иОПК-4.3	<p>Владеет:</p> <p>Навыками сбора жалоб, осмотра и обследования пациентов;</p> <p>Формулировкой предварительного диагноза и навыком составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Интерпретацией и клинической оценкой результатов лабораторных и инструментальных обследований;</p> <p>Интерпретацией результатов осмотров врачами-специалистами;</p> <p>Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.</p> <p>Навыком установления диагноза пациентам соответствии с МКБ;</p> <p>Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными;</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты обучения:</p> <p>Готов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». - Проводить осмотры и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

- Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».
- Оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях
- Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей
- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Интерпретировать и анализировать результаты инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Обосновывать и планировать объем лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
- Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
- Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обосновывать и планировать объем дополнительных инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обосновывать и планировать объем дополнительного лабораторного исследования пациентов по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного исследования пациентов по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обосновывать и планировать объем консультирования врачами-специалистами пациентов по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты консультирования врачами-специалистами пациентов по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи <p>Устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</p>
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
иОПК-5.1	<p>Знает:</p> <p>Порядки оказания медицинской помощи по профилю "терапия", стандарты, клинические рекомендации.</p> <p>Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения.</p> <p>Основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при различной внутренней патологии.</p> <p>Основы фармакотерапии внутренних болезней, фармакодинамику и фарма-</p>

	<p>кокинетику основных групп лекарственных препаратов, лечебные дозы и способы применения, осложнения, вызванные медикаментозной терапией, методы их коррекции.</p> <p>Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи.</p> <p>Вопросы оказания медицинской помощи при острых и неотложных состояниях в клинике внутренних болезней .</p> <p>Признаки эффективности и безопасности действия назначенной терапии.</p>
иОПК-5.2	<p>Умеет:</p> <p>Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни .</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентов.</p> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам.</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для оказания специализированной медицинской помощи.</p>
иОПК-5.3	<p>Владеет:</p> <p>Навыком разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.</p> <p>Навыком назначения, оценкой эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам.</p> <p>Навыками назначения лечебного питания пациентам и оценкой его эффективности и безопасности;</p> <p>Способами коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>Методами профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии у пациентов.</p>

	<p>Навыками определения медицинских показаний для направления пациентов к врачам-специалистам.</p> <p>Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками</p>
Планируемые результаты обучения	<ul style="list-style-type: none"> - Разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи <ul style="list-style-type: none"> ○ Определять последовательность применения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии, хирургического вмешательства у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ○ Назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий ○ Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов ○ Назначать немедикаментозную терапию (лечебное питание, физические нагрузки) пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ○ Проводить мониторинг эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов ○ Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству ○ Проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания ○ Назначать лечебное питание пациентам ○ Назначать лечебно-оздоровительный режим пациентам
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
иОПК-6.1	<p>Знает:</p> <p>Порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-курортного лечения.</p> <p>Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>

	<p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения на организм пациентов.</p> <p>Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов .</p>
иОПК-6.2	<p>Умеет:</p> <p>Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Участвовать в проведении мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>Контролировать и оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации ;</p>
иОПК-6.3	<p>Владеет:</p> <p>Навыками определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Навыками составления плана реабилитации и ее проведения, направления на санаторно-курортное лечение;</p> <p>Способами контроля мероприятий по медицинской реабилитации и оценки ее эффективности.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты обучения:</p> <p>Готов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ○ Разрабатывать план реабилитационных мероприятий по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ○ Проводить мероприятия по медицинской реабилитации по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ○ Определять медицинские показания для направления пациентов по профилю «терапия» к врачам-специалистам для назначения и проведения

	<p>мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации по профилю «терапия», в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов - Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями по профилю «терапия», последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
иОПК-7.1	<p>Знает:</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков нетрудоспособности.</p> <p>Признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами.</p> <p>Порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации.</p>
иОПК-7.2	<p>Умеет:</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов, оформлять листки нетрудоспособности.</p> <p>Оформлять медицинскую документацию пациентам для проведения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы</p>
иОПК-7.3	<p>Владеет:</p> <p>Навыками определения наличия временной нетрудоспособности и проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Навыком выдачи листка нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи.</p> <p>Подготовкой необходимой медицинской документации и направлением пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты обучения:</p> <p>Готов:</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, по профилю «терапия», для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, по профилю «терапия» - Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров относительно наличия или отсутствия заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по

	профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
иОПК-8.1	<p>Знает:</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни;</p> <p>Нормативные правовые документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов;</p> <p>Порядок организации медицинских осмотров и диспансеризации пациентов различных возрастных групп, а также диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов ;</p> <p>Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p>
иОПК-8.2	<p>Умеет:</p> <p>Осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний ;</p> <p>Проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>Осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями ;</p> <p>Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту;</p> <p>Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Контролировать эффективность мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p> <p>Проводить специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний</p>
иОПК-8.3	<p>Владеет:</p> <p>Навыками осуществления санитарно- просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний;</p> <p>Методами борьбы с вредными привычками;</p> <p>Методикой проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>Навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>Навыком назначения профилактических мероприятий и определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина);</p> <p>Навыком проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Навыком оценки эффективности профилактической работы.</p> <p>Навыками проведения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p>

Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты обучения:</p> <p>Готов:</p> <p>Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний по профилю «терапия»</p> <p>Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ - Проводить осмотр перед проведением вакцинации в плановом порядке и по эпидпоказаниям
ОПК-9	<p>Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
иОПК-9.1	<p>Знает:</p> <p>Основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности медицинской организации;</p> <p>Статистические методы обработки данных, в том числе с использованием информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";</p> <p>Методики проведения сплошных и выборочных исследований мнения населения (пациентов);</p> <p>Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;</p> <p>Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях;</p> <p>Показатели, характеризующие деятельность медицинской организации и показатели здоровья населения;</p> <p>Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации;</p> <p>Основы менеджмента.</p>
иОПК-9.2	<p>Умеет:</p> <p>Представлять данные статистической отчетности; использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет";</p> <p>Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>Работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>Составлять план работы и отчет о своей работе;</p> <p>Управлять трудовыми ресурсами медицинской организации (структурного подразделения);</p> <p>Осуществлять отбор и расстановку работников в медицинской организации (структурном подразделении).</p>
иОПК-9.3	<p>Владеет:</p> <p>Методами ведения статистического учета и подготовки статистической информации о деятельности медицинской организации;</p> <p>Навыками составления различных отчетов, оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;</p>

	<p>Навыками работы с информационными ресурсами для поиска профессиональной информации;</p> <p>Навыками планирования, организации, управления и контроля деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;</p> <p>Анализирует результаты работы находящегося в распоряжении медицинского персонала с целью повышения их качества данных результатов;</p> <p>Навыками расчета и анализа основных показателей качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях с использованием основных медико-статистических показателей;</p> <p>Навыком оптимизации сбора, представления и анализа медико-статистической информации.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты обучения:</p> <p>Готов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Составлять план работы и отчет о своей работе; - Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"; - Проводить контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом.

3. МЕСТО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

Производственная практика: Клиническая практика входит в Блок 2 "Практики", базовая часть.

4. ОБЪЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Блок 2. Практики. Базовая часть	ЗЕ	Акад. часы	Вид аттестации
Второй семестр			
Стационар			
Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и состояний по профилю «терапия»	4	144	
Третий семестр			
Стационар			
Курация больных в терапевтическом отделении стационара	28	1008	
Четвертый семестр			
Стационар			
Курация больных в терапевтическом отделении стационара и на амбулаторном этапе	27	972	Экзамен
Итого	59	2124	

Последний день практики по учебному плану отводится на представление отчетности по практике руководителю практики от Медицинского университета «Реавиз»,

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

5.1. Этапы производственной практики

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа
1	2	3
1.	Организационный	Встреча с руководителем практики, знакомство со структурными подразделениями лечебной клинической базы, инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка, соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях. Изучение структуры и работы ЛПУ. Знакомство с внутренним режимом, правилами приема пациентов, соблюдением основных санитарно-гигиенических норм, принципов асептики и антисептики. Получение индивидуальных заданий, выполняемых в период практики.
2.	Клинический	Работа в структурных подразделениях ЛПУ амбулаторного и стационарного типа.
3.	Подготовка отчетной документации по практике	Ежедневное заполнение отчета по практике после завершения работы, обработки и анализа полученной информации. Систематизация освоенных навыков, в соответствии с нормативной законодательной базой, оформление сводного итогового отчета по производственной практике.
4.	Промежуточная аттестация	Собеседование. Разбор практических ситуаций в непосредственной клинической практике, ситуационных задач. Представление отчета по практике по установленной форме.

До начала практики (раздела практики) руководитель практики от Медицинского университета «Реавиз» и руководитель практики от клинической базы составляют рабочий график (план) и совместный рабочий график (план) проведения практики. (Приложения 1.3 и 1.4)

5.2. Содержание клинического этапа производственной (клинической) практики, структурированное по разделам

Раздел 1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и состояний по профилю «терапия»

Место проведения: Стационар.

Цель: По окончании обучения в рамках раздела практики ординатор должен установить диагноз в соответствии с МКБ при эндокринных заболеваниях. Оценить состояние пациента с заболеванием\ состоянием по профилю «терапия», необходимость в дополнительных методах диагностики, интерпретировать результаты инструментальных\лабораторных методов обследования и результатов осмотра врачами-специалистами при таких заболеваниях и состояний по профилю «терапия».

Действия/производственные работы

Сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Особенности проведения опроса по системам органов

Осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Проведение физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы)

Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»

Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»

Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической **классификации** болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Навыки и манипуляции

Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты:

- физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)
- физикальное обследование пациента (дыхательная система)
- физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)
- физикальное обследование пациента (оценка неврологического статуса)
- инструментальный осмотр ЛОР-органов
- измерение артериального давления на периферических артериях;
- исследование уровня глюкозы в крови
- суточное мониторирование артериального давления (СМАД)
- пульсоксиметрию
- чтение спирограмм
- определение лодыжечно-плечевого индекса
- проведение ортостатической пробы
- пневмотахометрию
- снятие и расшифровка электрокардиограммы

- Оценка результатов - клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты

- - плевральной и асцитической жидкости

- - биохимических анализов крови

- - желудочного и дуоденального сока.

- Время свертываемости крови, время кровотечения, протромбиновый индекс

- Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), маркеров вирусных гепатитов.

- анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого)

- бактериологического посева мочи и крови

- гликемического профиля крови

- определение и оценка гликированного гемоглобина

Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон)

Оценка миелограммы

Аллергологическое исследование

Иммунологическое исследование

-анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.

-Исследование глазного дна.

-Эндоскопия (ФГДС, колоноскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия)

-Специальные исследования: - компьютерная томография УЗИ органов брюшной полости, почек ЭХО- и доплер-кардиография ЭКГ – пробы с физической нагрузкой Суточное ЭКГ-мониторирование

-Оценка данных коронаро- и ангиографии

-Оценка результатов биопсии лимфатических узлов, печени, почек

-Оценка данных магнитно-резонансной томографии

-Основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО, фракция выброса, ОПСС).

Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов

Раздел 2. Курация больных в терапевтическом отделении стационара.

Место проведения: Стационар.

Цель: По окончании освоения раздела практики обучающийся должен приобрести опыт профессиональной деятельности в рамках выполнения диагностических и (или) лечебных манипуляций у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. При заболеваниях:

- сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и его осложнения (аневризма сердца и др.); гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертонии; миокардиты; перикардиты; врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородки сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера); кардиомиопатии; инфекционный эндокардит; нарушения сердечного ритма и проводимости; острая и хроническая недостаточность кровообращения (лево- и правожелудочковая, комбинированная) ;
- при заболеваниях органов дыхания: бронхит (острый, хронический); пневмония (острая, затяжная, хроническая); бронхоэктатическая болезнь, ателектаз легкого, абсцесс и гангрена лёгкого; бронхиальная астма; сухой и экссудативный плеврит; спонтанный пневмоторакс, гидроторакс, пиопневмоторакс; эмфизема легких; дыхательная недостаточность; легочное сердце (острое, подострое, хроническое); туберкулез легкого, плевриты; рак легкого;
- при болезнях ревматологического профиля и эндокринной системы: ОРЛ, ХРБС; ревматоидный артрит; анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева); реактивные артриты; остеоартроз; псориатический артрит; подагра; диффузные заболевания соединительной ткани

(системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартрит); сахарный диабет; тиреоидит, диффузно-токсический зоб, гипотиреоз; ожирение и метаболический синдром;

- при болезнях мочевыделительной системы: гломерулонефрит (острый и хронический); пиелонефрит (острый и хронический); нефротический синдром; амилоидоз; почечно-каменная болезнь; хроническая почечная недостаточность; рак почки; цистит; уретрит, при болезнях системы кроветворения: железодефицитная, постгеморрагическая, В-12 и фолиеводефицитная анемия; острый лейкоз, хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз; миеломная болезнь; лимфогранулематоз, агранулоцитоз; геморрагические диатезы; ДВС-синдром;

- при заболеваниях органов пищеварения: заболевания пищевода (дискинезия, ахалазия пищевода, эзофагит, пептическая язва, рак пищевода); острый и хронический гастриты; язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки; постгастрорезекционные расстройства; хронический энтерит и колит; острый и хронический панкреатит; дискинезия желчных путей, острый и хронический холецистит, холангит, рак печени и желчного пузыря; острый и хронический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность; рак желудка; рак кишечника.

Отрабатываемые умения и навыки:

- Интерпретация и анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и\или патологическими состояниями по профилю «терапия»
- Интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов с с заболеваниями и\или патологическими состояниями по профилю «терапия»
 - Деловое общение «ординатор-врач», «ординатор-медицинская сестра», «ординатор-вспомогательный персонал».
 - Направление на консультацию к специалистам другого профиля.
- Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.
- Осуществление ранней диагностики заболеваний.
- Осуществление профилактики развития осложнений, их ранней диагностики, выявления причин и условий их возникновения и развития.
- Осуществление инфекционной безопасности в процессе проведения диагностических и лечебных манипуляций.
- Оценка анамнеза и особенностей течения заболевания.
- Проведение профилактики осложнений заболевания.
- Осуществление дифференциального подхода к составлению плана ведения пациентов с различной соматической патологией.
- Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством.
- Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя).
- Проведение осмотра пациента.
- Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов.
- Определение диагностических признаков и симптомов болезней.
- Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- Направление пациента на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
- Направление пациента на консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
- Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями в том числе неотложными.

- Установка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).
- Составление и обоснование плана лечения заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания.
- Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.
- Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.
- Анализ фармакологического действия и взаимодействия лекарственных препаратов.
- Выполнение рекомендаций по немедикаментозной и медикаментозной терапии, назначенной врачами-специалистами.
- Оценка эффективности и безопасности медикаментозной терапии больных.
- Оценка эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения.
- Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.
- Организация персонализированного лечения пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста.
- Участие в консилиумах и/или их проведение.
- Проведение лечебных процедур и манипуляций по разделам практики.

Операции и манипуляции

Раздел 3. Курация больных в терапевтическом отделении стационара и на амбулаторном этапе

Место проведения: Стационар/поликлиника

Цель: В результате освоения раздела практики обучающийся должен приобрести опыт профессиональной деятельности в рамках выполнения диагностических или лечебных манипуляций у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, осуществить внебольничную диагностику, лечение, реабилитацию, диспансеризацию, профилактику, определить показания к госпитализации заболеваний кровообращения, ревматических болезней, заболеваний органов дыхания, болезней органов пищеварения, болезней почек, болезней органов кроветворения, эндокринных заболеваний, онкологических заболеваний, у больных пожилого и старческого возраста, при инфекционных болезнях. с учетом стандартов медицинской помощи при заболеваниях в условиях стационар и также поликлиники, а именно:

Постановка диагноза и оказание экстренной и неотложной медицинской специализированной помощи при синдромах и симптомах:

- гипертоническом кризе;
- болях в области сердца;
- острой дыхательной недостаточностью;
- аллергических реакциях и анафилактическом шоке;
- острых болях в животе и острых желудочно-кишечных кровотечениях;
- синдроме внезапной смерти;
- гипо-и гипергликемической коме;
- гипертермии;
- острым нарушении мозгового кровообращения

Запланированные действия/производственные работы

- Курация пациентов с заболеваниями органов кровообращения на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с ревматическими болезнями на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с заболеваниями органов дыхания на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с заболеваниями органов пищеварения на амбулаторном этапе.

- Курация пациентов с заболеваниями почек на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с заболеваниями органов кровотока на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с эндокринными заболеваниями на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с онкологическими заболеваниями на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов пожилого и старческого возраста на амбулаторном этапе.
- Курация пациентов с инфекционными болезнями на амбулаторном этапе.
 - Ведение медицинской документации в форме электронного документа
 - Проведение работы в соответствии с должностными обязанностями по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
 - Выполнение мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией),
 - применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
 - Проведение анализа медико-статистических показателей заболеваемости и обращаемости пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, инвалидности за 3 года работы отделения
- Интерпретация и анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей), заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».
- Интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».
- Деловое общение «ординатор-врач», «ординатор-медицинская сестра», «ординатор- младший медицинский персонал», «ординатор- вспомогательный персонал».
- Направление на консультацию к специалистам другого профиля.
- Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.
- Осуществление ранней диагностики заболеваний.
- Осуществление профилактики развития осложнений, их ранней диагностики, выявления причин и условий их возникновения и развития.
- Осуществление инфекционной безопасности в процессе проведения диагностических и лечебных манипуляций.
- Оценка анамнеза и особенностей течения заболевания.
- Проведение профилактики осложнений заболевания.
- Осуществление дифференциального подхода к составлению плана ведения пациентов с различной соматической патологией.
- Составление плана дальнейшего ведения пациентов из группы "риска" и разработка принципов диспансеризации на амбулаторном этапе.
- Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством.
- Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя).
- Проведение осмотра пациента.
- Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов.
- Определение диагностических признаков и симптомов болезней.
- Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- Направление пациента на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
- Направление пациента на консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

- Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями в том числе неотложными.
- Установка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).
- Составление и обоснование плана лечения заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания.
- Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.
- Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.
- Анализ фармакологического действия и взаимодействия лекарственных препаратов.
- Выполнение рекомендаций по немедикаментозной и медикаментозной терапии, назначенной врачами-специалистами.
- Оценка эффективности и безопасности медикаментозной терапии больных.
- Оценка эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения.
- Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.
- Организация персонализированного лечения пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста.
- Определение показаний и вызов бригад скорой медицинской помощи, в том числе специализированных.
- Определение показаний и направление на госпитализацию пациента в стационар или дневной стационар.
- Участие в консилиумах и/или их проведение.
- Проведение лечебных процедур и манипуляций по разделам практики.
- Выполнение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- Направление пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- Назначение санаторно-курортного лечения пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.
- Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для взрослого населения различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни.

6. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ – ОТЧЕТ ПО ПРАКТИКЕ

6.1. Отчет по производственной практике (форма шаблона – Приложение 1.2) должен включать:

1. ФИО ординатора, специальность, наименование раздела практики.
2. Сроки прохождения в соответствии с этапами практики.
3. Содержание этапов практики с указанием наименования и количества выполненных манипуляций/действий в соответствии с Индивидуальным заданием ординатора на период прохождения производственной практики (форма шаблона – Приложение 1.1).
4. Производственная практика проводится в соответствии с Рабочим графиком (планом) проведения практики и Совместным рабочим графиком (планом) проведения практики
5. Сводный итоговый отчет о проделанной работе (формы шаблонов – Приложение 1.3, 1.4).

Индивидуальное задание и отчет по производственной практике формируются, проверяются и подписываются посредством электронно-информационной образовательной среды Медицинского университета «Реавиз» (далее – ЭИОС).

Руководитель практики от Медицинского университета «Реавиз» на установочной конференции знакомит обучающихся с целями и задачами практики, индивидуальным заданием на период прохождения производственной практики.

6.2. Сводный итоговый отчет о проделанной работе составляется согласно перечню умений и навыков, которые обучающийся освоил за время производственной практики.

В Сводном итоговом отчете указываются отработанные навыки и количество их повторений (форма шаблона – **Приложение 1.2.**)

7. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКЗАМЕНА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

7.1. К оценочным средствам для проведения экзамена обучающихся по практике относятся:

7.1.1. Контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций:

Примерный перечень теоретических вопросов

1. Сердечно-сосудистый континуум. Профилактика хронической сердечной недостаточности и ССС
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Понятие о сердечно-сосудистом риске, его оценка и тактика вмешательства в зависимости от категории риска
3. Внезапная смерть. Определение. Этиопатогенез. Сердечно-лёгочная реанимация
4. Атеросклероз. Этиология и патогенез. Факторы риска. Клинические проявления. Лабораторная диагностика атерогенных дислипидемий. Инструментальная диагностика атеросклероза
5. Нарушения липидного обмена: первичные (семейная гиперхолестеринемия) и вторичные (метаболические, гормональные, при заболеваниях почек, печени и желчного пузыря, алиментарные, ятрогенные). Алгоритмы диагностики семейной гиперхолестеринемии. Общие принципы ведения и лечения больных с СГХС. Терапевтическая тактика при вторичных дислипидемиях
6. Немедикаментозное и медикаментозное лечение атерогенных дислипидемий
7. Атеротромбоз, его клинические проявления. Тромбоэмболические осложнения при сердечно-сосудистых заболеваниях. Антитромботическая терапия (антитромбоцитарные препараты, антикоагулянты) в различных клинических ситуациях (ИБС, пороки сердца, фибрилляция предсердий и т.д.)
8. ИБС. Эпидемиология и факторы риска. Классификация, клиника и диагностика хронической ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД)
9. Дифференциальная диагностика синдрома болей, дискомфорта в грудной клетке
10. Стабильная стенокардия: цели и тактика лечения, алгоритм терапии
11. Фармакотерапия стенокардии с целью улучшения прогноза, предупреждения осложнений и увеличения продолжительности жизни
12. Антиангинальная медикаментозная терапия больных стабильной стенокардией
13. Реваскуляризация миокарда: цель и виды, показания и противопоказания. Ведение больных после реваскуляризации
14. Диагностика и лечение особых форм хронической ИБС (вазоспастическая стенокардия, безболевая ишемия миокарда, микрососудистая стенокардия).
15. Нестабильная стенокардия: патогенез, классификация (C.W. Hamm, E. Braunwald), клиника, диагностика, лечение

16. Острый коронарный синдром: определение, варианты, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения
17. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: лечение
18. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: лечение
19. Инфаркт миокарда: типы и периоды ИМ, патоморфология, клинические варианты дебрюта, диагностические критерии
20. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST: лечение
21. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: лечение
22. Острая сердечная недостаточность: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
23. Кардиогенный шок: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
24. Вегето-сосудистая (нейроциркуляторная) дистония: этиология, диагностические критерии, классификация, клиника, лечение
25. Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, поражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния
26. Тактика ведения больных артериальной гипертензией. Цели терапии. Общие принципы ведения. Модификация образа жизни
27. Медикаментозная терапия больных артериальной гипертензией. Выбор антигипертензивного препарата. Комбинированная терапия АГ
28. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и метаболический синдром, АГ и сахарный диабет, АГ и цереброваскулярная болезнь), особенности лечения
29. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и ИБС, АГ и ХСН), особенности лечения
30. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ при поражении почек, АГ в сочетании с патологией легких, АГ и синдром обструктивного апноэ во сне), особенности лечения
31. Рефрактерная и злокачественная артериальная гипертензия. Основные причины. Диагностика. Лечение
32. Гендерные и возрастные особенности лечения артериальной гипертензии
33. Вторичные артериальные гипертензии: ренопаренхиматозные, вазоренальные, эндокринные, гемодинамические, ятрогенные. Дифференциальная диагностика. Лечение
34. Артериальная гипертензия и беременность. Классификация АГ. Диагностика. Тактика терапевта. Лечение.
35. Гипертонический криз. Классификация. Диагностика. Неотложная помощь
36. Кардиомиопатии: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
37. Миокардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
38. Невоспалительные поражения миокарда - Миокардиодистрофии. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение
39. Перикардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
40. Инфекционный эндокардит. Особенности современной этиологии. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение
41. Хроническая сердечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Оценка тяжести ХСН
42. Хроническая сердечная недостаточность. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике ХСН
43. Немедикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности
44. Хроническая сердечная недостаточность. Принципы медикаментозного лечения
45. Медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности со сниженной систолической функцией сердца. Тактика назначения
46. Медикаментозная терапия больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией ЛЖ
47. Фибрилляция и трепетание предсердий: этиология, патогенез, особенности гемодинамики, классификация. Принципы лечения. Показания и противопоказания к кардиоверсии.

- Медикаментозная и электрическая кардиоверсия, лекарственные препараты. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии
48. Экстрасистолия. Причины, клиника, диагностика, классификация, прогностическая значимость различных вариантов, современные подходы к лечению
 49. Пароксизмальные тахикардии: классификация, основные механизмы развития и анатомо-физиологические предпосылки, диагностика, дифференциальный диагноз суправентрикулярных и желудочковых пароксизмальных тахикардий, прогноз при различных видах, лечение
 50. Нарушения проводимости сердца: классификация, диагностика, прогностическое значение, лечение. Показания для имплантации электрокардиостимулятора
 51. Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости сердца. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Диагностика. Неотложная помощь
 52. Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.
 53. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Клиника, гемодинамические нарушения. Подходы к лечению
 54. Беременность и пороки сердца. Тактика терапевта. Ведение беременных с протезированными клапанами сердца.
 55. Артериальная гипотензия. Этиопатогенетические варианты. Клиника. Диагностика. Лечение
 56. ТЭЛА. Факторы риска. Диагностика. Лечение. Профилактика
 57. Обморок. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь
 58. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
 59. Дифференциальная диагностика суставного синдрома
 60. Остеоартроз и остеохондроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика. Показания и противопоказания для хирургического лечения
 61. Ревматоидный артрит: клиника, классификация, диагностика, лечение, реабилитация
 62. Реактивные артриты: этиология, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз, профилактика
 63. Серонегативные спондилоартропатии (анкилозирующий спондилит, псориатическая артропатия). Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация
 64. Системные заболевания соединительной ткани. Основные клинические синдромы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения
 65. Метаболические болезни суставов (подагра, псевдоподагра и другие). Клиника. Критерии диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение и профилактика
 66. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Особенности современного течения, клинических проявлений. Лечение. Реабилитация. Профилактика
 67. Остеопороз. Этиология, патогенез, классификация, факторы риска остеопороза и переломов, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика
 68. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных ревматическими заболеваниями
 69. Визуализирующие методы обследования больных с заболеваниями органов дыхания (виды, показания, информативность). Основные методы функциональных исследований при болезнях органов дыхания (виды, диагностическое значение)
 70. Этиотропное лечение инфекции нижних дыхательных путей. Характеристика основных классов антимикробных препаратов. Критерии эффективности антибактериальной терапии, ее продолжительность. Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибактериальной терапии
 71. Бронхиты: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
 72. Пневмония. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования. Критерии диагноза. Принципы лечения

73. Внебольничная пневмония: выбор места лечения, тактика терапии в амбулаторных условиях, лечение госпитализированных пациентов
74. Особенности этиологии, диагностики и лечения отдельных видов пневмоний: нозокомиальная (госпитальная), аспирационная, у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).
75. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, этиопатогенез, классификация, факторы риска, диагностика, лечение
76. Бронхиальная астма: этиопатогенез, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания для консультации пульмонолога и госпитализации
77. Лечение бронхиальной астмы
78. Приступ бронхиальной астмы, Астматический статус. Диагностика. Неотложная помощь
79. Нагноительные заболевания легких. Дифференциальная диагностика. Лечение
80. Болезни легких, вызванные внешними агентами (МКБ X). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапевтическая тактика
81. Болезни плевры: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы терапии. Наблюдение после перенесенного плеврита
82. Саркоидоз: этиопатогенез, клинические проявления, вопросы своевременной диагностики, принципы терапии
83. Дыхательная недостаточность: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы терапии. Тактика терапевта, показания к госпитализации
84. Новообразования органов дыхания и грудной клетки. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
85. Острая дыхательная недостаточность. Диагностика. Неотложная помощь
86. Пневмоторакс. Диагностика. Неотложная помощь
87. Легочное кровотечение. Диагностика. Неотложная помощь
88. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с заболеваниями органов дыхания.
89. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания
90. Туберкулёз. Группы риска. Выявление пациентов с жалобами, позволяющими заподозрить туберкулёз. Методы диагностики. Показания для направления пациента к фтизиатру
91. Профилактика туберкулёза. Порядок проведения периодических массовых, групповых и индивидуальных профилактических осмотров населения
92. Организация амбулаторного лечения больных туберкулёзом и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулёза
93. Туберкулез. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения
94. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Пищевод Барретта. Лечение
95. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение
96. Язвенная болезнь и эрозивные гастродуодениты: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение
97. Воспалительные заболевания и дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
98. Желчная колика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь
99. Панкреатиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, классификация, осложнения, лечение
100. Стеатогепатоз и стеатогепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с другими хроническими гепатитами. Лечение
101. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация (по Чайлд-Пью), клиника, диагностика, лечение, прогноз
102. Печёночная кома. Диагностика. Неотложная помощь
103. Неинфекционные энтериты и колиты. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение

104. Дисбактериоз кишечника. Классификация, основные синдромы, их клиника, диагностика, лечение
105. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
106. Паразитозы пищеварительной системы: лямблиоз, описторхоз, токсокароз. Клиника, диагностика, тактика терапевта
107. Запор. Этиология. Дифференциальная диагностика. Тактика применения слабительных средств
108. Диарея. Этиология. Диагностическая и терапевтическая тактика
109. Терапевтическая тактика ведения больных, перенесших оперативное вмешательство на органах пищеварительной системы. Постгастрорезекционные, постхолецистэктомические синдромы. Диагностика, лечение
110. Новообразования органов пищеварения. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
111. Острый живот. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Тактика терапевта
112. Желудочнокишечные кровотечения. Диагностика. Неотложная помощь
113. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с заболеваниями органов пищеварительной системы
114. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с заболеваниями органов пищеварения
115. Основные синдромы в нефрологии. Современные инструментальные и лабораторные методы диагностики заболеваний почек
116. Хроническая болезнь почек. Определение понятия, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика, лечение
117. Хроническая почечная недостаточность: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к направлению на гемодиализ и трансплантацию почки. Терапевтический контроль за пациентами находящимися на гемодиализе или перенесшими трансплантацию почки
118. Рецидивирующая инфекция мочевых путей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
119. Пиелонефрит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
120. Нефриты: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
121. Нефротический синдром. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
122. Вторичные нефропатии (диабетическая нефропатия, нефропатия беременных, гипертоническая нефропатия, лекарственные нефропатии и другие). Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения
123. Острая почечная недостаточность. Острая токсическая почка. Диагностика. Неотложная помощь
124. Почечная колика, острая задержка мочи. Диагностика. Неотложная помощь
125. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с болезнями почек и мочевых путей.
126. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями почек
127. Анемический синдром: дифференциальный диагноз. Показания к направлению на специализированную помощь
128. Железодефицитные состояния: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, показания для консультации гематолога, лечение
129. Гемобластозы: основные клинико-гематологические синдромы, дифференциальная диагностика с лейкомоидными реакциями, лимфогранулематозом. Особенности курации больных с гемобластозами врачами-терапевтами
130. Депрессия кроветворения (нейтропения, тромбоцитопения, апластическая анемия)

131. Геморрагические диатезы. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения
132. Состояние системы кроветворения при беременности. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с болезнями системы крови и кроветворных органов (анемии, геморрагические диатезы).
133. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями органов кроветворения
134. Сахарный диабет 1-го типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, показания для консультации эндокринолога, тактика терапевта
135. Сахарный диабет 2-го типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, показания для консультации эндокринолога, лечение
136. Принципы своевременного выявления осложнений сахарного диабета и их профилактики. Клиника, диагностика и помощь при осложнениях, тактика терапевта
137. Комы при сахарном диабете (гипергликемическая, гиперосмолярная, гипогликемическая). Диагностика. Неотложная помощь
138. Метаболический синдром и ожирение: определение, этиопатогенез, классификация и формулировка диагноза, клиника, диагностика, показания для консультации эндокринолога, лечение, профилактика осложнений, прогноз, тактика терапевта
139. Эндокринные нарушения при беременности. Тактика терапевта при лечении беременных женщин с эндокринной патологией.
140. Недостаточность питания и дефицит массы тела: причины, принципы диагностики, терапевтическая тактика
141. Заболевания щитовидной железы: клиника, принципы своевременного выявления врачом терапевтом, показания для консультации специалиста-эндокринолога, терапевтическая тактика
142. Заболевания гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой системы: особенности клиники, принципы своевременного выявления врачом терапевтом, показания для консультации специалиста-эндокринолога, терапевтическая тактика
143. Нарушения обмена витаминов. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
144. Нарушения минерального обмена. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
145. Новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
146. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями эндокринной системы
147. Современные методы диагностики в аллергологии, их возможности, показания и противопоказания к проведению. Основные клинические синдромы. Тактика терапевта
148. Иммунодефицит. Классификация. Вторичная иммунологическая недостаточность в терапевтической практике. Диагностика. Лечение
149. Анафилактический шок и другие острые аллергические состояния. Диагностика. Неотложная помощь
150. Взаимосвязь психических расстройств и соматической патологии. Соматоформные расстройства. Принципы диагностики и лечения легких тревожных и депрессивных расстройств в терапевтической практике
151. Психоактивные вещества. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с их употреблением. Основные клинические проявления. Роль терапевта в диагностике и оказании медицинской помощи
152. Алкогольная интоксикация и алкогольная зависимость: диагностика, соматические нарушения, тактика врача-терапевта. Особенности диагностики и лечения соматической патологии у лиц злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкогольной зависимостью
153. Острый психоз, депрессия со склонностью к суициду. Диагностика. Неотложная помощь

154. Заболевания кожи: основные клинические симптомы. Виды сыпей. Патология внутренних органов, сопровождающаяся кожными проявлениями. Тактика терапевта в диагностике, лечении и профилактике заболеваний кожи
155. Инфекции передающиеся половым путём (ИППП): основные клинические симптомы. Тактика терапевта в диагностике, лечении и профилактике ИППП
156. Неосложнённые формы заболеваний уха горла и носа: диагностика и лечение. Выявление риска прогрессирования и развития осложнений. Показания для консультации оториноларинголога
157. Патология центральной нервной системы: клиническая диагностика, терапевтическая тактика.
158. Патология периферической нервной системы: клиническая диагностика, терапевтическая тактика
159. Болевые синдромы в неврологии. Дифференциальная диагностика. Лечение легких форм болевых синдромов, связанных с заболеваниями нервной системы
160. Хронические формы цереброваскулярной болезни: этиопатогенез, клиника, диагностическая и лечебная тактика терапевта
161. Последствия перенесенных цереброваскулярных болезней (ОНМК): диагностическая и лечебная тактика терапевта
162. Острое нарушение мозгового кровообращения. Диагностика. Неотложная помощь
163. Судорожное состояние, эпилептический статус. Диагностика. Неотложная помощь
164. Возбудители и факторы риска развития инфекционных заболеваний. Профилактика инфекционных заболеваний. Основные виды профилактических прививок
165. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания. Медикаментозная профилактика в очаге инфекции и среди контактных лиц.
166. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клиника, диагностика, лечение. Тактика терапевта
167. Клиника, диагностика и лечение ОРВИ, гриппа, дифтерии. Тактика терапевта
168. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение кишечных инфекций. Тактика терапевта
169. Вирусные гепатиты: классификация, клиника, диагностика, лечение. Принципы своевременного выявления. Тактика терапевта
170. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: этиология, клиника, диагностика, лечение. Принципы своевременного выявления. Тактика терапевта
171. Токсический шок. Диагностика. Неотложная помощь
172. Травматический шок. Диагностика. Неотложная помощь
173. Геморрагический шок. Диагностика. Неотложная помощь
174. Острые отравления. Диагностика. Неотложная помощь
175. Ожоги и отморожения. Клиника. Неотложная помощь
176. Поражение электрическим током, молнией. Клиника. Неотложная помощь
177. Тепловой и солнечный удар. Клиника. Неотложная помощь
178. Неотложная помощь при утоплении и травмах
179. Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.
180. Порядок организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
181. Провести клиническое обследование по всем органам и системам при профессиональных заболеваниях: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация.
182. Составить профессиональный маршрут с заболеваниями органов дыхания вызванных действием производственной пыли.
183. Назначить план обследования при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли в амбулаторных условиях.
184. Провести дифференциальную диагностику при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли
185. Назначить план лечения при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли в амбулаторных условиях.

186. Составить профессиональный маршрут с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия.
187. Назначить план обследования с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия в амбулаторных условиях.
188. Провести дифференциальную диагностику с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия.
189. Назначить план лечения при поражении органов дыхания веществами раздражающего действия в амбулаторных условиях.
190. Современная нормативная база обязательных медицинских осмотров.
191. Выделить рабочие группы риска профессиональными заболеваниями.
192. Продемонстрировать принципы проведения ПМО в отдельных профессиональных группах
193. Продемонстрировать документы результатов предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.
194. Порядок и стандарты оказания специализированной паллиативной медицинской помощи населению.
195. Патофизиология и фармакотерапия острой и хронической боли. Оценка эффективности терапии болевого синдрома .
196. Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ.
197. Контроль за использованием наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в медицинских организациях.
198. Клиническая фармакология обезболивающих средств
199. Принципы и порядок оказания паллиативной медицинской помощи при декомпенсированных хронических заболеваниях: терминальной ХПН, ХСН, циррозах печени, ХОБЛ.
200. Специализированная паллиативная помощь пациентам с онкологической патологией.
201. Психологические аспекты паллиативной помощи.
202. Проблемы пациента, родственников, лиц, осуществляющих уход;
203. Клинические навыки общения с пациентами
204. Перечень медицинской документации врача-терапевта-участкового.
205. Структура городской поликлиники. Задачи и функции структурных подразделений поликлиники.
206. Профилактическая деятельность на врачебном участке.
207. Экспертиза трудоспособности: виды утраты трудоспособности, показания для направления на медико-социальную экспертизу.
208. Вопросы первичной и вторичной профилактики. Профилактические мероприятия, проводимые в поликлинике.
209. Роль врача-терапевта участкового/врача общей практики в профилактике основных хронических неинфекционных заболеваний.
210. Диспансеризация. Предварительные и периодические медицинские осмотры: цель правила проведения, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики, учетно-отчетная документация.
211. Формирование здорового образа жизни населения: роль врача-терапевта участкового/врача общей практики. Влияние образа жизни на здоровье различных групп населения.
212. Особенности ведения больных пожилого и старческого возраста с соматическими заболеваниями, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики.
213. Онкологическая настороженность в работе участкового терапевта, врача общей практики.
214. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторной практике, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики.
215. Ведение пациенток с соматическими заболеваниями при беременности, роль врача терапевта участкового/врача общей практики.
216. Острые респираторные заболевания в амбулаторной практике: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, профилактика.
217. Диагностические критерии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

218. Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в условиях поликлиники.
219. Показания к госпитализации пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).
220. Острые и хронические бронхиты. ХОБЛ в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
221. Пневмония – ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
222. Бронхиальная астма – ведение больных в амбулаторных условиях: определение, классификация, этиология, патогенез, клиника. Показания к госпитализации.
223. Гипертонический синдром в практике участкового врача-терапевта. Дифференциальная диагностика.
224. Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
225. Синдром болей в левой половине грудной клетки в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
226. Нарушения ритма сердца в практике терапевта поликлиники (экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция предсердий, атриовентрикулярные блокады): диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
227. Инфаркт миокарда в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
228. Миокардиты и кардиомиопатии, ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания для госпитализации.
229. Пороки сердца – врожденные, приобретенные (аортальные, митральные, дефект межжелудочковой перегородки) – в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
230. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания для госпитализации.
231. Хронический панкреатит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
232. Дискинезия желчевыводящих путей и хронический некалькулезный холецистит в практике амбулаторного врача: Показания к госпитализации.
233. Хронические гепатиты: Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
234. Циррозы печени: Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации
235. Функциональные заболевания толстой кишки в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
236. Острый гломерулонефрит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
237. Хронический гломерулонефрит – ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
238. Хронический пиелонефрит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
239. Ведение больных с хронической почечной недостаточностью в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
240. Анемический синдром в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
241. Железодефицитная анемия: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика
242. В12-дефицитная анемия: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика
243. Подагра: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.

244. Ревматоидный артрит: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
245. Остеоартроз: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
246. Субфебрилитет и лихорадочный синдром в практике участкового врача-терапевта. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
247. Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом на внегоспитальном этапе
248. Сахарный диабет. Неотложные состояния у больных с сахарным диабетом. дифференциальная диагностика гипер- и гипогликемических ком.
249. Диагностика и первая врачебная помощь при почечной колике.
250. Диагностический поиск при «остром животе» на амбулаторном этапе.
251. Анафилактический шок. Клиника, диагностика, скорая медицинская помощь.
252. Гипертонический криз. Клиника, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
253. Астматический статус. Клиника, скорая помощь на догоспитальном этапе.
254. Новообразования органов дыхания и грудной клетки. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
255. Психоактивные вещества. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с их употреблением. Основные клинические проявления. Роль терапевта в диагностике и оказании медицинской помощи
256. Алкогольная интоксикация и алкогольная зависимость: диагностика, соматические нарушения, тактика врача-терапевта. Особенности диагностики и лечения соматической патологии у лиц злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкогольной зависимостью.
257. Последствия перенесенных цереброваскулярных болезней (ОНМК): диагностическая и лечебная тактика терапевта
258. Диарея и констипация: определение понятий, механизмы формирования. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу диареи и констипации. Принципы терапевтической тактики при диарее и констипации.
259. Тошнота и рвота: определение понятий, механизмы формирования. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу. Принципы терапевтической тактики при тошноте и рвоте.
260. Изжога: определение понятий, механизмы формирования. Клиническая классификация изжоги. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу изжоги. Принципы терапевтической тактики при изжоге.

7.1.2. Типовые ситуационные задачи

Ситуационная задача 1.

В стационар бригадой СМП доставлен пациент 45 лет с жалобами на одышку с затруднённым выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идёт ремонт).

Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит, опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Перкуторный звук коробочный. В лёгких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 96 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика оказания неотложной помощи, дальнейшего ведения пациента.
3. Возможные осложнения.
4. Профилактика, реабилитация больного.

Эталоны ответов

1. Приступ бронхиальной астмы (средней степени тяжести).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

- расстегнуть стесняющую одежду и создать доступ свежего воздуха, чтобы облегчить состояние пациента;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- организовать прием препарата при наличии ингалятора у пациента для уменьшения бронхоспазма (1-2 вдоха беротека, сальбутамола);
- ввести один из бронходилататоров с бронхолитической целью (при отсутствии эффекта от вышеуказанных препаратов): эуфиллин 2,4% раствор 10 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
- ввести один из антигистаминных препаратов с десенсибилизирующей целью (тавегил 1-2 мл в/м; супрастин 2% раствор 1 мл в/м);
- ввести преднизолон 30 мг в/м (он способствует стабилизации лизосомальных мембран, облегчает отдачу кислорода тканям, расширяет периферические артерии и повышает тонус периферических вен);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента.

Лечение в условиях пульмонологического стационара (бронхолитики, антибактериальная терапия при необходимости, муколитики при необходимости, антигистаминные, ГКС).

3. Астматический статус, эмфизема лёгких, хроническое лёгочное сердце.

4. Дыхательная гимнастика, кислородотерапия, физиотерапия.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда.

Ситуационная задача 2.

Больной Г., 20 лет, поступает в терапевтический стационар с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4С.

Объективно: температура - 38,6°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.
2. Общий анализ крови. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты. Рентгенография органов грудной клетки.
3. Абсцедирование.
4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Постельный режим. Диета , обогащённая витаминами.

Обильное питье.

Антибактериальная терапия: антибиотики с учётом чувствительности микробной флоры.

Муколитики\мукокинетика: амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, микстура с термопситом, алтеем.

Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Фитотерапия.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда.

Ситуационная задача 3.

Больной Ж., 35 лет, поступает в стационар с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4 °С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стёкол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами лёгких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.
2. Общий анализ крови. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты. Рентгенография органов грудной клетки. Бронхография.
3. Эмфизема лёгких, дыхательная недостаточность, хроническое лёгочное сердце, кровохарканье, лёгочное кровотечение, пневмония, абсцесс лёгкого.
4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в стационарных условиях.

Принципы лечения:

Режим постельный. Диета. Обильное щелочное питье: минеральные воды.

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.

Муколитики\мукокинетики: амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, микстура с термопсисом, алтеем.

Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов.

Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.

Профилактика: диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение; исключение влияния на организм вредных факторов производства; борьба с курением; закаливание; своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш); своевременное решение вопроса о возможном оперативном лечении врождённых бронхоэктазов; рациональное трудоустройство больных с бронхоэктатической болезнью; своевременный перевод на инвалидность при присоединении осложнений и стойкой утрате трудоспособности.

Ситуационная задача 4.

Больная Н., 32-х лет, предъявляет жалобы на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Своё заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Острый пиелонефрит.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек.
3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета. Обильное питье, растительные уросептики.

Антибактериальная терапия. Спазмолитики и анальгетики - при болях. Физиотерапия.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

Профилактика: закаливание, устранение фактора переохлаждения, ликвидация факторов, способствующих застою мочи, санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей; своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёвшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара.

Ситуационная задача 5.

Больная Д., 50 лет, поступает с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография суставов.
3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, лёгких).
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный. Диета разнообразная, высококалорийная.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики. Местное применение димексида. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Ситуационная задача 6.

В стационар бригадой СМП доставлен пациент 40 лет, который жалуется на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затруднённым вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенёс обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В лёгких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Сердечная астма у больного с постинфарктным кардиосклерозом.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - снять ЭКГ для исключения повторного инфаркта миокарда;
 - усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу);
 - обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
 - обеспечить ингаляцию увлажнённым кислородом для уменьшения гипоксии (пропустить кислород через аппарат Боброва, где находится 700 спирт);
 - дать внутрь 20-40 мг фуросемида или ввести в/м 1-2 мл лазикса (в первые 30 мин после инъекции препарата расширяются периферические сосуды, а через 1-2 часа увеличивается диурез, тем самым уменьшаются застойные явления в малом круге кровообращения);
 - ввести морфин 1% раствор 1 мл в/в медленно в 2-3 этапа при угрозе развития отёка лёгких. Сначала в течение двух минут осуществляется вливание 0,5 мл препарата, затем при необходимости и отсутствии нарушений дыхания или других побочных эффектов медленно вводят оставшиеся 0,5 мл морфина (морфин в результате угнетения дыхательного центра уменьшает одышку, устраняет тревогу и страх. Возможно усиление активности рвотного центра);
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в ПИТ кардиологического отделения ЛПУ.

Ситуационная задача 7.

Бригадой СМП в стационар доставлена женщина 40 лет с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ.

Эталоны ответов

1. Пароксизмальная тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ

оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

уложить пациента, успокоить;

снять ЭКГ для уточнения диагноза;

выяснить тактику лечения предыдущих приступов для определения лечебной тактики;

для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо:

провести стимуляцию блуждающего нерва — энергичный массаж области каротидного синуса, попеременно справа и слева по 15-20 сек. под постоянным контролем пульса; заставить

пациента во время глубокого вдоха натуживаться и зажимать нос; предложить пациенту проглотить «большой комок пищи»; попросить пациента надавить на глазные яблоки в течение нескольких секунд; предложить пациенту искусственно вызвать рвоту;

ввести один из препаратов, если вышеуказанные мероприятия не дали желаемого результата:

АТФ 1-2 мл в/в быстро (2-5 сек.), струйно в 5 мл физиологического раствора;

изоптин 4 мл с 5 мл физиологического раствора в/в струйно;

новокаинамид 10 % раствор 5-10 мл в/в струйно;

строфантин 0,05% раствор 0,25-0,5 мл или дигоксин 0,025% раствор 1 мл с 10мл физиологического раствора в/в медленно.

аймалин 2,5% раствор 2 мл в/в в 10 мл физиологического раствора (вводят медленно в течение 7-10 мин.);

кордарон 300-450 мг в/в медленно в 250 мл 5% раствора глюкозы;

этализин 2,5% раствор 2 мл в 20 мл физиологического раствора в/в очень медленно, контролируя АД;

обзидан в/в по 1 мг в течение 1-2 мин. (3-10 мг);

контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента.

Ситуационная задача 8.

Больная Н. 32-х лет поступает в стационар с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета. Обильное питье, растительные уросептики.

Антибактериальная терапия. Спазмолитики и анальгетики - при болях. Физиотерапия.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

Профилактика: закаливание, устранение фактора переохлаждения, ликвидация факторов, способствующих застою мочи. санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение

правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей; своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней; диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара.

Ситуационная задача 9.

К терапевту в поликлинику обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастриальной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастриальной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.
2. ФГДС. Фракционное желудочное зондирование. Рентгенологическое исследование.
3. Язвенная болезнь.
4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета

Спазмолитики. Антациды. H₂-гистаминоблокаторы. Блокаторы протонного насоса.

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика: соблюдение режима питания, разнообразное питание; запрещение курения, злоупотребления алкоголем; санация очагов хронической инфекции; диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом; соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии.

Ситуационная задача 10.

Больная Д., 50 лет, обратилась к терапевту с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография суставов.
3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких).
4. Пациентка нуждается в направлении на госпитализацию в ревматологическое отделение и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный. Диета разнообразная, высококалорийная.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики. Местное применение димексида

Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Ситуационная задача 11.

Больной Н., 54 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления появились сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,6 °С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 3. Гипертонический криз.
2. Общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна.
3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.
4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция, ингибиторы АПФ, в-адреноблокаторы, диуретики, комбинированные препараты.

Лечебная физкультура. Фитотерапия.

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений. При подборе адекватной эффективной антигипертензивной терапии трудоспособность восстанавливается полностью.

Ситуационная задача 12.

Мужчина 23 лет обратился к терапевту в поликлинике с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°C, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание жёсткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталоны ответов

1. Острый бронхит.
2. Общий анализ крови, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты.
3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.
4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Постельный режим, частое проветривание помещения. Диета, обогащённая витаминами. Обильное тёплое питье. При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт) при отсутствии аллергических реакций.

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).

Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).

Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика: закаливание организма, предупреждение острых респираторных инфекций, своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей, эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов), санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запылённостью, задымлённостью, загазованностью, ликвидация влажности), борьба с курением и алкоголизмом

Ситуационная задача 13.

Терапевт вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39°C, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД

115/60 мм рт. ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматизм, ревматический полиартрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.
3. При повторных ревматических атаках - формирование порока сердца, острая сердечная недостаточность.
4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

Принципы лечения:

Режим постельный.

Антибактериальная терапия: антибиотики.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика: повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий); санация очагов хронической инфекции; своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии; бициллинопрофилактика; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёсшими ревматизм.

Ситуационная задача № 14

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav.ru по поводу неудобного функционала записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой.

Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?

2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?

3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?

4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи?

5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на портале, а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о

пользовании системой. Разместить инструкцию на портале zdrav.ru, рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

Ситуационная задача № 15

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать.. Каким образом можно уменьшить данные потери?

Эталон ответа: введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

Ситуационная задача № 16

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание): 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист; - эксперт страховой медицинской организации.

Эталон ответа: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист

Ситуационная задача № 17

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л.

Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 моль/л,
ХСЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л,
СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c < 7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (С2), альбуминурия 2 стадия (А2). Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.
2. Диагноз «сахарного диабета (СД)» установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП.
3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД,
4. Препараты сульфаниламочевин: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией.
5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – лозартан.

Ситуационная задача № 18

Больная К., 18 лет, обратилась к терапевту с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций

Эталон ответа: 1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- полифагия, полидипсия, полиурия, похудание;
- молодой возраст;

2) объективные данные :

- сухость и шелушение кожи;
- недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии

Принципы лечения:

Режим палатный

Диета, ограничение легкоусваиваемых углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту).

Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально.

Использование специальных аппаратов - “искусственная поджелудочная железа” и “искусственная в-клетка”

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

Профилактика:

- рациональное питание;
- психическая саморегуляция;
- своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы;
- ранняя диагностика скрытого диабета и соответствующая корректировка диеты.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача № 19

Вы работаете в поликлинике. К вам обращается женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, чувство жара, потливость, мышечную слабость, снижение массы тела несмотря на повышенный аппетит, чувство внутренней дрожи, раздражительность, бессонницу.

Объективно: больная возбуждена, плаксива. Питание понижено. Кожные покровы розовой окраски, на ощупь теплые, влажные, эластичные. Экзофтальм. Изменение формы шеи. T=37,3°. Тоны сердца громкие, аритмичные. PS=92 в минуту, хороших свойств. АД = 140/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – частые поносы.

1. **Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.**
2. **Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.**
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.
4. Определите ваши действия в отношении данной пациентки.

5. Подготовьте пациента к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

Эталон ответа: 1. Предположительный диагноз: диффузный токсический зоб – это болезнь, обусловленная избыточной секрецией тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) диффузно увеличенной щитовидной железой.

ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ:

- **жалоб: сердцебиение, потливость, чувство жара, мышечную слабость, повышенный аппетит, похудание, симптомы поражения ЦНС – раздражительность, бессонница, чувство внутренней дрожи, плаксивость, поносы;**

- данных общего осмотра: теплая, влажная, бархатистая кожа; увеличение щитовидной железы на глаз; наличие пучеглазия;

- симптомов поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, повышение АД за счет систолического, громкие сердечные тоны, наличие аритмии сердца;

- субфебрилитет.

Все эти симптомы подтверждают наличие тиреотоксикоза. Чаще болеют женщины.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза:

- наличие глазных симптомов:

симптом Грефе – отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз;

симптом Штельвага – редкое мигание;

симптом Краузе – блеск глаз;

симптом Мебиуса – нарушение конвергенции глазных яблок;

- определение содержания Т3 и Т4 в сыворотке крови;

- радиоизотопное исследование щитовидной железы;

- ЭКГ.

3. Возможные осложнения заболевания:

- тиреотоксический криз, тиреотоксическая миокардиодистрофия;

- помутнение роговицы, атрофия глазных мышц;

- сдавление органов шеи и средостения увеличенной щитовидной железой (нарушение речи, глотания и т. д.).

4. Рекомендовать в ближайшие дни обратиться к терапевту (эндокринологу) для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении.

Учитывая выраженные явления тиреотоксикоза, больная нуждается в стационарном лечении.

5. Подготовка к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

За 30-50 дней до исследования отменяют все йод и бром-содержащие препараты, анти тиреоидные, гормональные, седативные средства, смазывание кожи спиртовой настойкой йода, проведение рентгенконтрастных исследований с помощью йод-содержащих контрастных веществ. Из рациона питания исключить морские продукты, хурму, орехи, минеральную воду.

Исследования проводят в два этапа: через 2 часа и 24 часа после введения радиоизотопов йода (I131).

Ситуационная задача № 20

Больной 39 лет на приеме жалуется на слабость, учащенное мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжелого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото- и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?

3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.

5. Какой препарат необходимо назначить пациенту?

Эталон ответа:

1. На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».

2. В основе центрального несахарного диабета лежит дефицит антидиуретического гормона (АДГ, аргинин-вазопрессин). Это нарушение связано со снижением почечной реабсорбции воды, выделением большого количества мочи с низким удельным весом, как следствие уменьшается количество воды в организме, компенсаторно потребляется большое количество жидкости.

3. Необходимо проведение клинического анализа мочи, а также определение концентрации калия, кальция, глюкозы, мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови для исключения воспалительных заболеваний почек и наиболее частых электролитно-метаболических причин возникновения других форм несахарного диабета; МРТ головного мозга для диагностики причин центрального несахарного диабета.

4. При подтвержденном несахарном диабете необходимо установить свободный (в соответствии с потребностью/жаждой) питьевой режим. Без адекватного восполнения выделяемой жидкости при практически не снижающемся обильном диурезе дегидратация становится выраженной. Это приводит к слабости, психическим нарушениям, усиливается головная боль, тахикардия, снижается артериальное давление, наступает сгущение крови, снижается фильтрационная способность почек, может развиваться коллапс.

5. При несахарном диабете назначают синтетический аналог Вазопрессина – Десмопрессин в форме таблеток, подъязычных таблеток или спрея.

Ситуационная задача № 21

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного.

Эталон ответа:

-продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.

- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.

-Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

-Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Всем больным выполняются:

- клинический анализ красной и белой крови;

- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда (тропонин, КФК-МВ и пр.);
- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);
- газы артериальной крови и КОС;
- мониторинг наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия);
- клинический анализ мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию.

Растворы для ингаляций

* Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

* Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

* Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

* **Ипратропия бромид** + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов. Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO₂ менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение.

Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин

Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое

обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксипропилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии ($PaO_2 < 65$ мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии ($PaCO_2 50 - 60$ мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ

Ситуационная задача № 22

Больная 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 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. Объективно: темп. 37,30 С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $230 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $10 \times 10^9 /л$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
3. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.
4. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.
5. Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.
6. Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.
7. Рентгенография - прилагается.
8. ЭКГ - прилагается.
9. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.
4. Принципы лечения: противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др. антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

Ситуационная задача № 23

Больной 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.

1. Установить предварительный диагноз 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. Общий анализ крови: эр. - 4,5x10¹²/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - 240x10⁹ /л, лейкоциты - 12,0x10⁹ /л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоц. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет. 3. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положит. 4. Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора. 5. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину. 6. Серологическое исследование - титр антител к вирусным антигенам в пределах нормы. 7. Рентгенография легких - прилагается. 8. ЭКГ - прилагается.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: острая очаговая пневмония в нижней доле правого легкого неуточненной этиологии. 2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ДФА, СРБ, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра к вирусным антигенам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острым бронхитом, крупозной пневмонией, острым плевритом, очаговым туберкулезом легких, инфарктпневмонией, абсцессом легкого. Принципы лечения: антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, нитрофураны, метрогил бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополиглюкин, плазма иммунокорригирующая терапия (при затяжном течении) - глюкокортикоиды, интерферон, левамизол, нуклеинат натрия, плазма, иммуноглобулины симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды, диуретики, при сосудистой недостаточности - сульфокамфокаин, кордиамин, при развитии инфекционно-токсического шока - гемодез, альбумин, преднизолон, симпатомиметики, коррекция метаболического ацидоза, борьба с ДВС-синдромом; при выходе из острой стадии заболевания - физиотерапевтическое лечение (ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, УВЧ, индуктотермия), ЛФК.

Ситуационная задача № 24

Больная 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%.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы. 2. Проба Реберга: см. задачу.

Эталон ответа

1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермитирующая стадия (по классификации Лопаткина), артериальная гипертензия, анемия. 2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга. 3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической - протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ. 4. Причина ХПН - латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного. 5. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать. 6. Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия). 7. Энтеросорбенты. Слабительные. 8. Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа. 9. Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 - 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.

Ситуационная задача № 25

Больной 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.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима - 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено. 2. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима - 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1*0,8 см. Подвижность почек не изменена. 3. Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено. 4. Проба Зимницкого: дневной диурез - 700 мл, ночной диурез - 500 мл, уд.вес - 1008-1026. 5. Проба Зимницкого: дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 1300 мл, уд.вес - 1001-1006. 6. Уровень креатинина - 88 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л. 7. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 99%, креатинин крови - 80 мкмоль/л, мин. диурез - 1,1 мл/мин. 8. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%, креатинин крови - 250 мкмоль/л, мин. диурез - 1,3 мл/мин. 9. Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG - 14 г/л(N), IgM - 1,9 г/л (N), IgA - 5,3 г/л (повышены). 10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит. 11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма. 2. Диф. диагноз: мочекаменная болезнь, травмы почек, опухоли, туберкулез, интерстициальный нефрит. 3. План обследования: УЗИ почек, обзорная урография для исключения конкрементов, новообразований, при необходимости в/в урография, цистоскопия, компьютерная томография. 4. Анализ мочи на БК, туберкулиновые пробы 5. Проба Зимницкого. 6. Уровень креатинина, мочевины. Проба Реберга. 7. Уровень иммуноглобулинов А. 8. Нефробиопсия. 9. Лечение: гематурический гломерулонефрит специального лечения не требует, нетрудоспособность на время макрогематурии. Целесообразно ограничение белка, полезен зеленый чай. Прогноз благоприятный.

Ситуационная задача № 26

У больного 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 - $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ:

1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).
2. Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Ca - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л
3. АСЛ-О - 320 ед.
4. Общий белок: 65 г/л
5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.
6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.

8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.

9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый нефритический синдром. 2. Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита. 3. План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия. 4. Лечение: при остром - симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды при неэффективности, при хроническом - патогенетическая терапия, при подостром - пульс-терапия, плазмоферез.

Ситуационная задача № 27

У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40 0С, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъекция 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.

1. Предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Неотложная терапия. Показания к гемодиализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Кровь на ГЛПС: положительный результат в разведении 1/128, нарастание титров в парной сыворотке. 2. Кровь на лептоспироз: отрицательная. 3. Динамика электролитов: калий - 6,5-7,0-5,8-4,9-3,0-4,5 ммоль/л, натрий - 145-135-129-135 ммоль/л, кальций - 2,3-2,2 ммоль/л, хлор - 110-100-97 ммоль/л. 4. Динамика уровня креатинина: 660-720-500-375-210-100-88 мкмоль/л. 5. Динамика уровня мочевины: 27-34-36,5-28-19-13-7-5,5-5 ммоль/л. 6. Общий анализ крови, общий анализ мочи см. в задаче. 7. УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах до 14 на 7,5 см, паренхима отечная, пониженной эхогенности, толщиной 25 мм ЧЛК сдавлен отечной паренхимой. 8. Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента.

Эталон ответа:

. Предварительный диагноз: ГЛПС. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. 2. Диф. диагноз: острый пиелонефрит, осложненный ОПН или ОПН другой этиологии. 3. План обследования: кровь на ГЛПС, лептоспироз. Динамика электролитов, креатинина, мочевины, общего анализа крови и мочи. УЗИ почек: увеличение размеров, отек паренхимы со сдавлением ЧЛК извне. Рентгенография грудной клетки: признаки гипергидратации. Принципы лечения: - неотложная терапия - экстренная госпитализация, диета с ограничением белка, калия, жидкости - мочегонные лазикс до 1000 мг), осмодиуретики - инфузионная терапия - объем вводимой жидкости = диурез + 500 мл - для борьбы с гиперкалиемией: препараты кальция, 40% глюкоза с инсулином - ликвидация ацидоза: 4% - 200 мл бикарбоната натрия - профилактическая антибактериальная терапия (кроме нефротоксичных). Показания к гемодиализу: гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л, длительный период олигоанурии (более 3 дней), креатинин более 1000 мкмоль/л, ацидоз, гипегидратация, уремическая энцефалопатия.

Ситуационная задача № 28.

Мужчина 30 лет, инженер, жалуется на ноющие боли области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 3 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет. Две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхоаденит. Объективно: акроцианоз, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая - на 3 см кнаружи от края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ослаблены, короткий систолический шум на верхушке, никуда не проводится. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает на 6 см, уплотнена.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план дообследования. 4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. ЭКГ - прилагается. 2. ЭХО-кардиография - значительное утолщение перикарда, значительное количество жидкости в полости перикарда. 3. При пункции перикарда удалено 300 мл серозно-фибринозной жидкости. 4. Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, лейкоц. - $10,9 \times 10^9 /л$, эоз. - 1%, пал. - 8%, сегм. - 45%, лимф. - 40%, мон. - 4%, СОЭ - 34 мм/час. 5. Сыворотка крови: СРБ +++ , АСТ - 20 Е/л, АЛТ - 16 Е/л, КФК - 2,4 ммоль/гл. 6. Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, белок - 0,066%, эр. - 2-4 в п/зр., лейкоц. - 3-4 в п/зр. 7. Рентгенография органов грудной клетки - прилагается.

Эталон ответа:

1. Экссудативный перикардит, острый, туберкулезной природы. 2. Дифференциальная диагностика проводится с миокардитом, кардиомиопатией, миокардиодистрофией, пороками сердца, инфарктом миокарда. 3. План дообследования: ЭКГ, эхокардиография, кровь на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, белковые фракции, исследование перикардальной жидкости. 4. План лечения: антибактериальная терапия, противотуберкулезные препараты, кортикостероидные гормоны, НПВС, мочегонные средства, перикардиоцентез.

Ситуационная задача № 29.

Больной 30 лет, поступил в стационар с жалобами на резкое ухудшение самочувствия. Вечером накануне 16.10.98 г. в 18.00 внезапно почувствовал себя плохо - появился озноб, резкая головная боль, поднялась температура тела до 39- 40°C, появился сухой и болезненный кашель, выраженная одышка. Вскоре присоединилась боль в грудной клетке справа, усиливалась при глубоком вдохе, при кашле. В день поступления в стационар отмечает отхождение кровянистой "ржавой" мокроты. Объективно: общее состояние тяжелое. Одышка в покое с ЧД - 22 в 1 мин. При обследовании системы органов дыхания отмечается отставание в дыхании правой стороны грудной клетки; над пораженным участком легкого определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, выслушивается жесткое дыхание. Крепитация

(crepitatio indux) ясно определяется на высоте вдоха. Голосовое дрожание и бронхофония несколько усилены. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Рентгенограмма - прилагается. 2. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойный, лейкоциты - 20-3 в п/зр., эритроциты - 10-15 в п/зр., альвеолярный эпителий. 3. Биохимический анализ крови: альбумины - 45% - (50-61%), альфа-1-глобулины - 6,8% - (3-6%), альфа-2-глобулины - 12% - (5,8-8,9%), бета-глобулины - 14,5% - (11,0-13,0), гамма-глобулины - 30% - (15,5-21,9), фибриноген - 556 мг % (200-400 мг %), СРБ +/- . 4. Общий анализ крови: лейкоциты - 25×10^9 /л, СОЭ - 39 мм/час.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острая левосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония, бактериальной этиологии, остroteкущая. 2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и фракции, СРБ, фибриноген, анализ мокроты общий, на БК и атипичные клетки, рентгенография легких. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой очаговой бактериальной пневмонией. Принципы лечения: - антибиотикотерапия - под контролем эффективности лечения - отхаркивающая терапия - бронхолитическая терапия - антигистаминная терапия

Ситуационная задача № 30

Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась субфебрильная температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья. Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД - 26 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой парастеральной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс - 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, слегка болезненная, край заострен.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - 330×10^9 /л, лейкоц. - $11,0 \times 10^9$ /л, эоз. - 7%, пал. - 5%, сегм. - 56%, лимф. - 26%, мон. - 6%, СОЭ - 25 мм/час. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1018, белок - 0,165 г/л, сахара нет, лейкоц. - 6-8 в п/зр., эр. - 4-6 в п/зр., цилиндров нет. 3. Анализ крови на: общий белок - 68 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, альфа-1-гл. - 6,6%, альфа-2-гл. - 10,0%, бета-гл. - 12%, гамма-гл. - 22,4%, ДФА - 280 ед, СРБ - умеренно положит. 4. Иммуно-

логический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва Е-иммуноглобулинов. 5. Анализ мокроты общий: прозрачная, вязкая, стекловидная лейкоциты - 20 в п/зр., эоз. - 20-35 в п/зр., спирали Куршмана⁺⁺, кристаллы Шарко-Лейдена⁺⁺⁺, БК и атипические клетки не обнаружены. 6. Рентгенография органов грудной клетки - прилагается. 7. ЭКГ - прилагается. 8. Спирография - дыхательная недостаточность III степени обструктивного типа. 9. Пневмотахометрия - мощность выдоха составляет 80% от мощности вдоха.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: инфекционно-зависимая бронхиальная астма, II стадия, фаза обострения, приступный период. Фоновое заболевание: хронический обструктивный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких. Осложнение: дыхательная недостаточность III степени, сердечная недостаточность ПБ стадии. 2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и белковые фракции, ДФА, СРБ, иммунологический анализ крови: Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, рентгенография легких, по показаниям - рентгенография придаточных полостей носа, ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, консультация аллерголога, ЛОР, стоматолога. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим обструктивным бронхитом, трахеобронхиальной дискинезией, бронхогенным раком легкого, кардиальной астмой. 4. Принципы лечения: терапия бронхиальной астмы складывается из: а) купирования приступа удушья или астматического состояния; б) воздействия на основные патогенетические механизмы заболевания в каждом конкретном случае. 5. Для купирования приступа бронхиальной астмы используют симпатомиметики, ксантиновые производные или холинолитики в виде таблеток, ингаляций или инъекций в зависимости от тяжести приступа. При отсутствии эффекта от бронхолитиков назначают глюкокортикоидные гормоны. 6. Глюкокортикоиды составляют основу терапии астматического статуса. Наряду с ними для купирования статуса проводят регидратационную терапию физ.раствором, 5% р-ром глюкозы, реополиглюкином. Кроме того, вводят в/в эуфиллин, гепарин, йодид натрия, 4% р-р бикарбоната натрия. При появлении симптомов застоя в малом круге кровообращения, угрожающем отеке легких вводят мочегонные препараты, сердечные гликозиды. При отсутствии эффекта в ближайшие 2-3 ч больного переводят на управляемое дыхание, производят аспирацию содержимого бронхов. В межприступный период осуществляют лечебно-профилактические мероприятия с учетом клинико-патогенетического варианта заболевания. При инфекционнозависимой астме - это десенсибилизация вакциной, приготовленной из флоры мокроты больного. При доказанной активности и инфекционно-воспалительного процесса - антибактериальная и иммуностимулирующая терапия (левамизол, Тактивин, нуклеинат натрия).

Ситуационная задача № 31

Больной К., 58 лет, шофер, доставлен в терапевтическое отделение машиной "скорой помощи" с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног. В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина. Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо одутловатое, набухшие яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, "застывшая" в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца

глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогах отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

1. Установить предварительный диагноз
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Рентгенограмма - прилагается. 2. Общий анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$, Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л - $5,5 \times 10^9$, э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час. 3. Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.

4. ФВД : уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ. 5. ЭКГ - прилагается. 6. Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено. 7. Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва иммуноглобулинов Е.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, II стадия, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Легочное сердце. НК II-A. Осложнение: астматический статус I стадии. 2. План обследования: общий анализ крови, определение уровня IgE, анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ. Дифференциальный диагноз проводится: - с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма") - с хроническим обструктивным бронхитом - с кардиальной астмой - с истероидным нарушением дыхания - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма). 3. Тактика лечения: лечение астматического состояния I стадии - проведение гидратации в сочетании с дегидратацией, борьба с ацидозом, бронхолитическая терапия, терапия глюкокортикоидами, муколитические средства; по выведении из астматического статуса лечение обострения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.

Ситуационная задача № 32

У больной Л., 32 лет, работающей швеей, 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.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного дообследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Рентгенограмма - прилагается (вне приступа в пределах нормы). 1. ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы. 2. ЭКГ - прилагается (вне приступа в пределах нормы). 3.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью. 4. Анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8; л - $5,5 \times 10^9$, э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час. 5. Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр., спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма (аллергия к производственной пыли?). Обследование. План дообследования: определение уровня IgE, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ. Дифференциальный диагноз проводится: - с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма") - с хроническим обструктивным бронхитом - с кардиальной астмой - с истероидным нарушением дыхания - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма). Тактика лечения: купирование приступа удушья - ингаляция симпатомиметиков, в/в введение эуфиллина; в дальнейшем по показаниям - ингаляция симпатомиметиков, применение метилксантинов, интала или задитена, муколитиков, при необходимости глюкокортикоидов.

Ситуационная задача № 33.

Больной 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 синюшные, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие 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.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план дообследования. 4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. ЭКГ - прилагается.

2. ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.

3. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, лейкоц. - $15,1 \times 10^9$ /л, эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон. - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

4. Сыворотка крови : СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/гЛ, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.

5. Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06%, гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.

6. Посев крови стерилен.

7. Рентгенограмма - прилагается.

Эталон ответа

1. Острый диффузный инфекционно-аллергический миокардит. 2. Дифференциальный диагноз проводится с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, инфарктом миокарда, пороками. 3. План обследования включает: ЭКГ в динамике, эхокардиоскопию, кровь на СРБ, белковые фракции, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, кровь на противовирусные и противобактериальные антитела, рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, кровь на ЦИК, иммуноглобулины. 4. План лечения: глюкокортикоидные гормоны, НВПС, антибиотики, ингибиторы кининовой системы, средства, улучшающие метаболизм в миокарде, лечение НК, антиаритмическая терапия, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача № 34

Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом “Межреберная невралгия”. Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой - акцент П тона. АД - 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

1. Установите диагноз. 2. Наметьте план дополнительного обследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж.

3. Эхокардиоскопия - утолщение задней стенки левого желудочка.

4. Общий анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,5 \times 10^9/л$, пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф, - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час, холестерин - 8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,6 г/л, ПТИ - 100%, время свертывания - 4 мин., сахар - 5,5 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, кальций - 2,4 ммоль/л, креатинин - 0,1 ммоль/л.

5. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1016, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд.вес - 1016-1020; дневной диурез - 800,0 мл; ночной диурез - 300,0 мл; об. диурез - 1100,0 мл.

6. Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки, Salus 1-П.

7. Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФК П. Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, ожирение I степени. 2. План дополнительного обследования: велоэргометрия, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия, общий анализ крови, анализ крови на холестерин, бета-липопротеиды, ПТИ, время свертывания, сахар, общий анализ мочи, проба по Зимницкому, анализ крови на электролиты, креатинин, консультация окулиста и невропатолога. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с межреберной невралгией, синдромом Титце, плече-лопаточным периартритом, нейроциркуляторной дистонией по кардиальному типу, миокардитом, перикардитом. 4. Принципы лечения: антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бетаадреноблокаторами, антагонистами ионов кальция; терапия дезагрегантами (аспирин по 0,25 на ночь); гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, мисклерон, липамид, пшеничные отруби); гипотензивная терапия бета-блокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ; седативная терапия (реланиум, седуксен).

Ситуационная задача № 35

Больной 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. При обследовании в стационаре: 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Провести дифференциальную диагностику. 3. Наметить план обследования. 4. Назначить лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

3. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

4. Общий анализ крови: эр. - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - $260 \times 10^9/л$, лейкоц. - $6,0 \times 10^9/л$, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

5. Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/л, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л. 6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая, СН ПА стадии.

2. План дополнительного обследования: ЭКГ, велоэргометрия (через 2 недели после госпитализации), эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной клетки; общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, СРБ, КФК, ПТИ, время свертывания, холестерин, В-липопротеиды, общий анализ мочи.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом.

Принципы лечения: антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бетаадреноблокаторами, антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых производных короткого действия); антикоагулянтная (гепарин) и дезагрегантная (аспирин) терапия; гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, липамид, мисклерон); терапия СН (ингибиторы АПФ, мочегонные, дигоксин в малых дозах).

Ситуационная задача № 36

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 в 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 У 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, П 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Эхокардиоскопия: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%. 2. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $400 \times 10^9/л$, лейкоц. - $8,0 \times 10^9/л$, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час. 3. АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,4 ммоль/л, ДФА - 200 ед., СРБ - отрицательный, об.белок - 7,8 г/л, альбумины - 57%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 10%, бета-глобулины - 9%, гамма-глобулины - 19%. 4. Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: дилатационная (застойная) кардиомиопатия, СН ПБ стадии. 2. План дополнительного обследования: ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с миокардитом АбрамоваФидлера, диффузным инфекционно-аллергическим миокардитом, постинфарктным кардиосклерозом, выпотным перикардитом. Принципы лечения: симптоматическая терапия, направленная на: - уменьшение признаков СН (сердечные гликозиды в малых дозах, ингибиторы АПФ, мочегонные средства, периферические вазодилататоры, бета-адреноблокаторы, средства, улучшающие метаболизм миокарда); - устранение экстрасистолии (кордарон, этацизин, бета-адреноблокаторы, препараты калия); - улучшение реологических свойств крови (гепарин, аспирин).

Ситуационная задача № 37

Больная 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 II межреберье, левая по левой срединно-ключичной линии. I 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. Анализ крови: $4,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/час, СРБ - (-), эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л, ДФА - 220 ед., фибриноген - 250 мг%, альбумины - 56%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 19%, АСЛ-О - 220 ед. 2. ЭКГ - прилагается. 3. ФКГ: изменение амплитуды 1 и 2 тонов, наличие дополнительного тона, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина, систолический шум у основания мечевидного отростка. 4. ЭХО-КГ: уменьшение площади левого аV отверстия. Створки МК - П-образной формы; задняя подтянута. Отмечается расширение полости левого предсердия и правого желудочка + правого предсердия. В "Д" режиме увеличение скорости МК (стенотический поток); на ТК регургитация в полость правого предсердия при закрытом ТК. 5. Рентгенограмма - прилагается.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ревматизм. Неактивная фаза. Порок сердца: митральный стеноз, относительная недостаточность трикуспидального клапана. Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма. НК 2Б. 2. Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, белковые фракции сыворотки крови, ДФА, АСЛ-О, СРБ, фибриноген, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. 3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими приобретенными пороками сердца, врожденными пороками, кардиомиопатиями, миокардитами. 4. Тактика лечения: с целью устранения сердечной недостаточности и сохранения нормальной частоты сердечных сокращений следует применить сердечные гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ, препараты калия.

Ситуационная задача № 39

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

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Анализ крови: лейкоц. - $5,0 \times 10^9$ /л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 8 мм/час, СРБ - (-), ДФА - 180 ед., фибриноген - 300 мг%, АСЛ-О - 63 ед., альбумины - 60%, альфа-1-глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 13%, гамма-глобулины - 16%. 2. ЭКГ - прилагается. 3. ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке, там же регистрируется систолический шум. 4. ЭХО-КГ: створки МК уплотнены; задняя створка в противофазе, гиперкинезия передней створки МК. Отмечается расширение полости левого предсердия (л пр > аорта), расширение полости левого желудочка (ЛЖ). Выявляется умеренная гиперкинезия межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), как перегрузка объемом. В "Д" режиме - патологический сброс крови в полость левого предсердия в систолу ЛЖ.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: ревматизм. Неактивная фаза. Порок сердца: недостаточность митрального клапана. НК - О. 2. Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, СРБ, ДФА, фибриноген, АСЛ-О, белковые фракции сыворотки крови. 3. Инструментальные методы: ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. 4. Дифференциальная диагностика должна проводиться с функциональными шумами сердца, пролабсом митрального клапана, другими приобретенными и врожденными пороками, миокардитом, кардиомиопатией. 5. Тактика лечения: в компенсированной стадии митральной не-

достаточности при отсутствии активности ревматического процесса больная нуждается в диспансерном наблюдении у ревматолога. При развитии в последующем сердечной недостаточности следует применять общепринятые методы лечения НК: ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, диуретики и т.д.

Ситуационная задача № 40

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях.

При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги. Анализ крови: эр. - $4,0 \times 10^{10}$ /л, Нв - 145 г/л, тромб. - 350×10^9 /л, лейкоц. - 77×10^9 /л, сегм. - 1%, лимф. - 97%, мон. - 2%, клетки лейकोлиза 2-3 в п/зр., СОЭ - 20 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления. 3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.
2. Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов (см. миелограмму). Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.

Ситуационная задача № 41

У больного 25 лет в течение 2-х недель повышение температуры тела до 38°C , кровоточивость десен, боли в горле при глотании. При осмотре: 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.

1. Ваш предположительный диагноз. 2. Какие мероприятия необходимы для его уточнения. Какие вы ожидаете изменения при проведении этих исследований. 3. Какие этапы лечения необходимо провести больному.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый лейкоз. 2. Для уточнения диагноза необходимо исследование костного мозга, где должен быть обнаружен высокий процент бластных клеток, угнетение нормальных ростков кроветворения, необходимо проведение цитохимического исследования бластных клеток (см. вариант анализа, где речь идет об остром миелобластном лейкозе). Лечение: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, профилактика нейтролейкемии, непрерывная поддерживающая терапия в ремиссии, реиндукция ремиссии. Кроме того, больному необходимы трансфузии эритроцитарной массы в связи с анемией, тромбоцитарной массы и дицинона в связи с тромбоцитопенией, назначение антибиотиков, полоскание рта водными растворами антисептиков

Ситуационная задача № 42

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 $37,2^{\circ}\text{C}$. 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 по-

сле физической нагрузке (5 приседаний) и в положении на левом боку, иррадирующий в левую подмышечную область. П тон несколько акцентирован на легочной артерии. Со стороны других органов - без особенностей.

1. Установить диагноз. 2. Наметить план дообследования больной. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; лейкоц. - $13,0 \times 10^9 /л$, пал. - 5%, эоз. - 6%, сегм. - 60%, лимф. - 21%, мон. - 8%, СОЭ - 35 мм/час, АСЛ-О - 500 ед. 2. Анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины - 45%, глобулины - 55%, альфа1-глобулины - 6,5%, альфа-2-глобулины - 11%, бета-глобулины - 12%, гаммаглобулины - 25,5%, фибриноген - 6,0 г/л, ДФА - 280 ед., АСТ - 0,75 ммоль/л, АЛТ - 0,6 ммоль/л. 3. Общий анализ мочи; светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эр. - 2-3 в п/зр., цилиндров нет. 4. Рентгеноскопия сердца - прилагается. 5. ЭКГ - прилагается. 6. ФКГ: амплитуда тонов сердца на верхушке снижена. П тон увеличен над легочной артерией. Патологический Ш тон на верхушке. Систолический шум убывающей формы на верхушке, занимающий 2/3 систолы, связанный с 1 тоном. 7. Эхокардиоскопия: увеличение полостей левого предсердия и левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, увеличение амплитуды колебаний стенок левых отделов сердца, регургитация на митральном клапане. 8. ПКГ: легкое снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ревматизм, активность II степени, первичный ревмокардит, формирующаяся недостаточность митрального клапана, сердечная недостаточность I Б стадии. План дообследования: анализ крови на общий белок и белковые фракции, фибриноген, ДФА, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, рентгеноскопия сердца в 3-х проекциях с контрастированием пищевода, эхокардиоскопия, ФКГ, ПКГ. Дифференциальную диагностику следует проводить с тонзиллогенной миокардиодистрофией, инфекционно-аллергическим миокардитом, инфекционным эндокардитом. Принципы лечения: 1) этиотропная терапия - антибиотикотерапия препаратами группы пенициллина 2) нестероидные противовоспалительные препараты - производные ацетилсалициловой, индолуксусной, пропионовой кислот, пиразолоновые производные 3) глюкокортикоидные гормоны - при умеренной и высокой активности процесса 4) антигистаминные препараты 5) сердечные гликозиды 6) мочегонные препараты 7) средства, улучшающие метаболизм сердечной мышцы консультация ЛОР

Ситуационная задача № 43

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 сустанит-форте по 1 табл. х 2 раза в день, адельфан по 1 табл. х 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. При объективном обследовании: 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.

1. Поставьте диагноз. 2. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача после установления диагноза. 3. Напишите направление на госпитализацию больного С., 62 лет.

Эталон ответа:

1. Диагноз: ИБС: острый инфаркт миокарда. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Нарушение ритма по типу экстрасистолии. Последовательность действий участкового врача: 1) позвонить по телефону 03 на станцию скорой медицинской помощи и сделать вызов специализированной кардиологической бригады к больному 2) написать направление на госпитализацию с указанием жалоб, данных клинического обследования и показателей гемодинамики 3) позвонить в приемное отделение стационара и предупредить о предстоящей госпитализации тяжелого больного 4) до приезда скорой помощи облегчить состояние больного: - успокоить больного и родственников - обеспечить доступ свежего воздуха - поставить горчичники на область сердца и грудины - решить вопрос о необходимости повторной дачи нитроглицерина - при наличии сумки-укладки и медикаментозных средств начать посиндромную терапию, направленную на ликвидацию болевого синдрома и профилактику кардиогенного шока, признаков острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений ритма и тромбоэмболических осложнений.

Ситуационная задача № 44

Больной К., 40 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на повышение температуры до 38 0С 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 37,3 0С. 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.

1. Поставьте диагноз. 2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза. 3. Назначьте обследование. 4. Оцените результаты проведенного обследования. 5. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача при работе с больным К. 6. Напишите направление на консультацию к фтизиатру. 7. Выпишите рецепты на назначенное лечение

Эталон ответа:

1. Диагноз: подозрение на острую левостороннюю пневмонию. 2. Дифференциальный диагноз следует проводить с обострением хронического бронхита, туберкулезом легких, обострением пневмонии, опухолью легкого. 3. Больной нуждается в срочном обследовании: 1) флюорография органов грудной клетки 2) общий анализ крови 3) общий анализ мочи 4) общий анализ мокроты +БК+атипические клетки.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Результаты проведенного обследования: а) флюорография грудной клетки: интенсивное затемнение в верхней доле левого легкого, усиление легочного рисунка над всеми легочными полями. Левый корень расширен. Сердце и аорта без особенностей. Синусы свободны. б) общий анализ крови: эр. - 5,0x10¹²/л, лейкоц. - 12,0x10⁹/л, Нв - 140 г/л, цв.п. - 0,9, эоз. - 2%, пал. - 12%, сегм. - 48%, лимф. - 20%, мон. - 18%, СОЭ - 30 мм/час в) общий анализ мочи: относительная плотность - 1028, белок - 0,099 г/л, сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр., эр. - 0-2 в п/зр. г) общий анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, клетки альвеолярного эпителия 20-30 в п/зр, эр. - 50-60 в п/зр., эр. - до 40 в п/зр, атипические клетки не найдены, БК (-).

Последовательность действий участкового врача: а) срочно направить больного на консультацию к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер б) назначить комплексное медикаментозное неспецифическое лечение: - антибактериальную терапию - отхаркивающую терапию - бронхолитическую терапию в) в зависимости от результатов консультации фтизиатра решить вопрос о госпитализации в туберкулезный стационар или в общетерапевтическое отделение стационара.

Ситуационная задача № 45

На амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники больная М., 57 лет, жаловалась на постоянную сухость во рту, жажду, общую слабость, раздражительность, боли в суставах нижних конечностей при ходьбе. Считает себя больной в течение полугода, когда стала отмечать постепенно нарастающую слабость, периодические боли в области сердца и головные боли. Обращалась к участковому врачу, была диагностирована артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга. Прошла месячный курс медикаментозного лечения раувазаном и циннаризином с хорошим эффектом. За последний месяц состояние больной ухудшилось: появилась жажда, слабость, боли в суставах. Работала поваром в детских учреждениях, в настоящее время на пенсии. 10 лет назад диагностирован хронический гастрит с секреторной недостаточностью. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, сухая. Больная повышенного питания (рост 155, масса 83 кг). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца на верхушке приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс - 64 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Голени пастозны. При активных движениях в коленных суставах хруст, ограничения подвижности нет. По данным амбулаторной карты по поводу заболевания желудка прошла год назад (РН - метрия, Ro - скопия желудка), выявлена гипоацидная состояние. 1. Поставьте диагноз. 2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза. 3. Назначьте обследование. 4. Оцените результаты проведенного обследования. 5. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача при работе с больной М., 57 лет. 6. Напишите направление на дообследование. 7. Выпишите рецепты на назначенное лечение.

Эталон ответа

1. Диагноз: подозрение на сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий артроз коленных суставов НФС О ст. Ожирение 2 степени. 2. Дифференциальный диагноз следует проводить между гипертонической болезнью и симптоматическими артериальными гипертензиями, опухолью желудка, поджелудочной железы, хроническим панкреатитом. 3. На поликлиническом этапе больная нуждается в обследовании: а) общий анализ крови б) общий анализ мочи в) анализ крови на глюкозу г) копрограмма д) флюорография органов грудной клетки е) ЭКГ ж) осмотр гинеколога з) осмотр окулиста.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Результаты проведенного обследования: а) общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,1 \times 10^9 /л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9, эоз. - 2%, пал. - 6%, нейт. - 6%, сегм. - 58%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 9 мм/час. б) общий анализ мочи: относительная плотность - 1032, реакция слабощелочная, лейкоц. - 6-8 в п/зр., бактерии +++, белок - следы, качественная реакция на сахар (+). в) глюкоза крови - 8,6 ммоль/л. г) копрограмма: цвет серовато-желтый, реакция щелочная, консистенция кашицеобразная, не оформлен, реакция Грегерсена (-), реакция на стеркобилин (+), непереваренные мышечные волокна в небольшом количестве, фиброзные волокна в небольшом количестве, нейтральные жиры в небольшом количестве, крахмальные зерна внутри клетчатки в большом количестве, растительная клетчатка переваренная и непереваренная в большом количестве, паразиты кишечника (-). д) флюорография органов грудной клетки: лег-

кие в пределах возрастных изменений. Аорта развернута. Сердце - увеличение левого желудочка. Синусы свободны. е) ЭКГ - прилагается. ж) осмотр гинеколога: здорова. з) осмотр окулиста: среды прозрачны. Диск зрительного нерва нечеткий, неравномерный спазм артериол сетчатки, вены расширены, местами контурируются нечетко.

2. Последовательность действий участкового врача: а) уточнить диагноз после проведенного обследования: диагноз: сахарный диабет впервые выявленный, вероятно II типа, средней степени тяжести. Хронический пиелонефрит. Артериальная гипертензия. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий остеоартроз коленных суставов НФС 0 ст. Ожирение 2 степени. б) провести дообследование: повторно анализ крови на глюкозу, повторно анализ мочи на сахар и ацетон, анализ мочи по Нечипоренко, анализ крови на остаточный азот, мочевины и мочевую кислоту, креатинин, и креатин, ФГС, УЗИ органов брюшной полости, консультация эндокринолога. в) определить принципы лечения и выбрать средства для их реализации: диета, гипотензивные препараты, уросептики, пероральные сахароснижающие средства. г) осуществлять систематический контроль за состоянием здоровья в условиях диспансерного наблюдения и корректировать лечение.

Ситуационная задача № 46

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии. Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см². Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под область сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Поставьте диагноз. 2. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза. 3. Назначьте обследование. Оцените результаты проведенного обследования. 4. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача при работе с больным Н., 19 лет. 5. Напишите направление на дообследование.

Эталон ответа

1. Диагноз: подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с вазоренальной гипертензией, заболеванием почек с артериальной гипертензией, феохромоцитомой, болезнью Кона, неспецифическим аорто-артериитом, облитерирующим тромбангитом, узелковым периартериитом.
3. На поликлиническом этапе больной нуждается в обследовании: а) общий анализ крови б) общий анализ мочи в) флюорография органов грудной клетки г) ЭКГ д) осмотр окулиста е) анализ крови на СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, общий белок, белковые фракции ж) контроль АД в течение суток з) УЗИ органов брюшной полости..

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Результаты проведенного обследования: а) общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $7,8 \times 10^9 /л$, Нв - 140 г/л, цв.п. - 0,85, эоз. - 3%, сегм. - 61%, лимф. - 32%, мон. - 4%, СОЭ - 12 мм/час. б) общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция нейтральная белка нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр., эр. - 0-1 в п/зр., качественная реакция на сахар (-). в) флюорография органов грудной клетки: легкие без патологии, сердце - увеличение левого желудочка. Аорта развернута, расширена. Синусы свободны. г) ЭКГ - прилагается. д) осмотр окулиста: Среды прозрачны. Диски зрительных нервов нечеткие. Салюс П. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. е) анализ крови на СРБ (-), ДФА - 0,2, сиаловые кислоты - 140 ед., фибриноген - 40,0 г/л, общий белок сыворотки крови - 74 г/л, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 16%, альбумины - 60%. ж) контроль АД 9 часов, 12 часов, 15 часов, 18 часов 1-ые сутки 150/100; 150/100; 160/105; 170/110 2-ые сутки 150/100; 150/105; 160/105; 160/105 3-и сутки 160/105; 165/105; 170/110; 160/110 з) УЗИ органов брюшной полости: размеры левой почки уменьшены. Другой патологии не выявлено.

2. Последовательность действий участкового врача: а) уточнить диагноз после проведенного обследования. Диагноз: гипоплазия левой почки. Артериальная гипертензия средней степени тяжести. б) провести дообследование: анализ крови на остаточный азот, мочевины и мочевую кислоту, креатин и креатинин, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи на ванилилминдальную кислоту, катехоламины, анализ крови на калий, натрий, кальций, хлор, фосфор, консультация ангиохирурга для решения вопроса о необходимости ангиографии и оперативного лечения. в) взять на диспансерный учет, назначить гипотензивные препараты при повышении АД более 170/110 мм рт. ст.

Ситуационная задача № 47

Больная 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. Месячные отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ :

Анализ крови: Нв - 126 г/л, ц.п. - 0,8, эр.- $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоц.- $6,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 6 мм\ч. Анализ мочи: уд.вес - 1024, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. - 3-4 в поле зрения. Флюорография - без патологии. Биохимия крови: холестерин - 3,2 ммоль\л, общий билирубин - 20,5, прямой - 15,0, непрямой - 4,9 мкмоль\л. АСТ - 25 ед, АЛТ - 14 ед. Натрий - 136,0 мкмоль\л, калий - 4,2 мкмоль\л, кальций - 2 мкмоль\л. Сахар крови - 5,8 ммоль\л. ЭКГ - синусовая тахикардия 122 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда. УЗИ щитовидной железы: диффузное увеличение железы до II степени. Узлов нет. Скенирование щитовидной железы: расположена обычно. Равномерно увеличена до II-III ст. «Горячих» и «холодных» узлов нет. Радиометрия: захват йода щитовидной железой: через 2 часа-20% (N - 13%); через 4 часа-35% (N - 20%); через 24 часа-50% (N - до 40%) Гормоны крови: Т3 и Т4 превышают нормальные значения в 1,5 раза, ТТГ - уровень снижен.

Эталон ответа:

Диагноз: диффузный токсический зоб III степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Диагностика: 1) определение Т3, Т4, ТТГ радиоиммунным методом; 2) общий анализ крови; 3) тест захвата йода щитовидной железой; 4) УЗИ щитовидной железы; 5) радиоизотопное сканирование щитовидной железы

Дифференциальная диагностика с нейро-циркуляторной дистонией, гипертонической болезнью. Лечение: консервативная терапия: - титреостатики (мерказолил) - глюкокортикоиды (преднизолон) - бета-блокаторы - анаболические стероиды - седативные - витамины и препараты метаболического действия, - препараты калия Нетрудоспособна во время терапии до достижения эутиреоидного состояния (3-5 недель). Поддерживающая терапия амбулаторно - 1,5 - 2 года.

Ситуационная задача № 48

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. Мочевыделение свободное, безболезненное.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Хронический энтерит в стадии обострения. Синдром нарушенного пищеварения и всасывания II стадии. Дисбактериоз?

Обследование: 1) анализ крови общий 2) анализ мочи общий 3) копрограмма 4) анализ крови на электролиты (сывороточное железо, кальций, натрий, калий), общий белок и белковые фракции 5) глюкоза крови, гликемическая кривая 6) посев кала на микропейзаж 7) ФГС с биопсией из дистальных отделов 12-перстной кишки 8) флюорография 9) УЗИ органов брюшной полости

Дифференциальная диагностика: - энтеропатии (глутеновая, кишечная липодистрофия, дисахаридазодефицитная) - опухоли кишечника - амилоидоз

Лечение: 1) диета 2) ферментативные средства 3) антибактериальные средства в зависимости от посева 4) лечение диареи (холиноблокаторы, антибрадикининные, нейрорептины), вяжущие и обволакивающие средства 5) купирование обменных нарушений: 6) в\в смеси аминокислот 7) витаминотерапия 8) анаболические стероиды 9) в\в введение солевых растворов 10) биологические средства (бифидумбактерин и др.) **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ**

Анализ крови: эритроциты - $2,85 \times 10^{12}$ /л, Нв - 80 г\л, цветной показатель - 0,8, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 21%, моноциты - 7%, СОЭ - 20 мм/час. Биохимия: сывороточное железо - 2,8 мкмоль\л, кальций - 1,5, натрий - 130, калий - 4,5 ммоль\л. Общий белок - 56 г\л, альбумины - 46%, альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 14%, гамма-глобулины - 24%. Холестерин - 2,6 ммоль\л. Сахарная кривая: натощак - 4,0 ммоль\л, через час - 5,2 ммоль\л, через 2 часа - 4,6 ммоль\л.

Анализ мочи - без патологии.

Копрограмма: обнаружено много жирных кислот, мыл, умеренное количество мышечных волокон с поперечной исчерченностью. Микропейзаж кала - bifidum - 10, coli - 10, из них 70% с гемолитическими свойствами, Staphyl.

Рентгенологическое исследование: дистония тонкой кишки, замедленный пассаж бария, утолщение складок тонкой кишки, уровни жидкости и газа.

Гистология слизистой оболочки дистального отдела ДПК: укорочение ворсинок, их деформация, встречаются сросшиеся ворсинки. Подслизистый слой инфильтрирован мононуклеарными элементами и лимфоцитами. Флюорография - без патологии.

Биохимия крови: холестерин - ммоль\л, общий билирубин -, прямой -, не прямой - мкмоль\л. АСТ - ед, АЛТ - ед. Натрий - мкмоль\л, калий - мкмоль\л, кальций - мкмоль\л. Сахар крови - ммоль\л. 11. УЗИ органов брюшной полости - без патологических изменений.

Ситуационная задача № 49

Больной 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Алкогольный цирроз печени. Неактивная фаза. Стадия декомпенсации. Портальная гипертензия 3 ст. Асцит. Умеренный холестатический синдром. Эрозивный гастрит антрального отдела. Алкогольная нефропатия. Обследование: - анализ крови общий - анализ мочи общий - копрограмма - исследование крови на креатинин, холестерин, фибриноген, глюкозу, сывороточное железо. - анализ крови на маркеры вирусного гепатита. - УЗИ органов брюшной полости. - стерильная пункция. - консультация невропатолога. - флюорография

Дифференциальный диагноз: - хронический гепатит. - болезни накопления (гемохроматоз, жировая дистрофия, болезнь Вильсона-Коновалова)

Лечение - витамины (В12, аскорбиновая к-та, В1, В6, фолиевая к-та) - сорбенты и обволакивающие - Н2-гистаминоблокаторы - мочегонные средства - дезинтоксикационная терапия. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови: эр. - 3.0×10^9 \л, Нв - 80 г\л, ц.п. - 1,1, лейкоциты - 10×10^9 \л, СОЭ - 30 мм\ч, макроцитоз.

Анализ мочи: уд.вес - 1017, белок 0,33 г\л, эр. - 4-5 в поле зрения

Копрограмма: р-я Греггерсена - отриц. Нейтральные жиры - много. Мышечные волокна неизмененные - много. Внеклеточный крахмал - большое количество.

Биохимия крови: холестерин - 6,5 ммоль\л, Сахар крови - 5,5 ммоль\л. ПТИ - 76%, альбумины - 41%, гамма-глобулины - 21%, билирубин - 69,5 мкмоль\л (прямой 56 мкмоль\л), АсТ - 28 МЕ, АлТ - 35 МЕ, гаммаглутаматтранспептидаза - 240 МЕ (норма - 160 МЕ), креатинин - 70 мкмоль\л, сывороточное железо - 16 мкмоль\л.

Маркеры вирусного гепатита НBS-Ag (-), РНК-НСV (-), антитела к НCV (-).

При фиброгастроскопии выявлено расширение вен в дистальной трети пищевода, 2 неполные эрозии в антральном отделе желудка.

Флюорография - без патологии.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени, селезенки. Портальная вена 1,5 см, селезеночная 1,1 см. Асцит. Поджелудочная железа - в проекции головки - кальцинаты.

Ситуационная задача № 50

Больной 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.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите обоснование клинического диагноза. 3. Рекомендуйте лечение на данном этапе. 4. Врачебная тактика по дальнейшему ведению больного.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка с низкой локализацией язвы, осложненное течение: компенсированный стеноз пилорического отдела желудка, повышенное кислотообразование. Реактивный гепатит. Обследование: - анализ крови общий - анализ мочи общий - копрограмма - флюорография - анализ крови на общий белок и фракции, трансаминазы, билирубин, щелочную фосфатазу, холестерин, СРБ, сывороточное железо - рентген желудка для оценки проходимости пилорического отдела желудка - рН-метрия - ФГДС с биопсией - УЗИ органов брюшной полости Дифференциальный диагноз: - рак желудка - туберкулез желудка и 12-перстной кишки Лечение - диета с механическим и химическим щажением - препараты, подавляющие агрессивные свойства желудочного сока - блокаторы М-холинорецепторов - блокаторы H₂-гистаминорецепторов - омепразол - антибактериальные препараты - препараты, повышающие защитные св-ва слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (венгер , де-нол) - белковые препараты , активные репаратанты (солкосерил) , анаболические гормоны, ГБО-терапия Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога и хирурга.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови: Нв - 160 г\л, эр. - 3,5 x 10¹² \л, ц.п. - 0,96, лейкоц. - 6,9 x 10⁹ \л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%, СОЭ - 3 мм\ч. Анализ мочи без патологии. Сахар крови - 6,2 ммоль\л. Копрограмма - кровь не обнаружена. Рентгеноскопия желудка: пищевод проходим. В желудке натошак гиперсекреторный слой жидкости, гиперсегментирующая перистальтика. Кратковременная задержка бария у привратника с последующим быстрым продвижением бария по привратнику. Гипермобильность луковицы двенадцатиперстной кишки. Через 45 минут в желудке 2\3 дозы бария. ФГДС - пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке большое количество жидкости и слизи. Складки слизистой четко не прослеживаются. Проведение зонда через антральный отдел желудка затруднено. Луковица двенадцатиперстной кишки без видимой патологии. Де-нол - тест положительный. РН - метрия желудочного содержимого: содержимое натошак в корпусном и антральном отделах кислой реакции. В базальной и стимулированной фракциях отмечается непрерывное кислотообразование: рН в корпусном отделе 1,4-1,3; рН в антральном отделе 1,2-1,3; отмечается декомпенсированное слизеобразование. Флюорография - без патологии. 10. Биохимия крови: холестерин - 7,2 ммоль\л, общий билирубин - 28,6, прямой - 22,2, непрямой - 6,4 мкмоль\л. АСТ - 66 ед, АЛТ - 84 ед. Сывороточное железо - 38 мкмоль\л. СРБ (+). 11. ЭКГ - синусовый ритм 76 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Патологии нет.

Ситуационная задача № 51

Больная 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Хронический гастрит, тип А, в стадии обострения, со сниженной кислотообразующей функцией, анемический синдром. Обследование: 1) анализ крови общий 2) анализ мочи общий 3) копрограмма 4) сывороточное железо 5) анализ желудочного сока 6) рН-метрия 7) рентген желудка 8) ФГДС 9) флюорография 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из биоптатов 12) УЗИ органов брюшной полости Дифференциальная диагностика: - панкреатит - холецистит - дуоденит Лечение: 1) диета 2) полиферментные препараты (фестал, энзистал, панзинорм и др.) 3) витаминотерапия: В12 с фолиевой кислотой, С 4) солкосерил в\м 5) никотиновая кислота 6) в\в капельно р-ры альбумина, аминокислот в сочетании с анаболическими стероидами 7) устранение диспептических расстройств: реглан, эглонил 8) препараты железа 9) физиотерапия: аппликации озокерита, диатермия, электрофорез с лекарственными препаратами.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови: Нв - 106 г\л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ \л, ц.п. - 1,0, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ \л, СОЭ - 16 мм\ч. Общий анализ мочи: уд.вес - 1024, лейкоциты - 1-2-3 в поле зрения, белка, сахара нет. Сывороточное железо - 9 мкмоль\л.

Хеликобактер в мазках-отпечатках, полученных из биоптатов не обнаружен. Реакция Грегерсена отрицательная.

Анализ желудочного сока (метод фракционного непрерывного зондирования): базальная секреция дебит соляной кислоты - 0,8 ммоль\л, стимулированная секреция - 1,2 ммоль\л. рН - метрия: рН в корпусном отделе - 7,2; рН в антральном отделе - 7,7; после стимуляции гистамином реакции нет. Рентгенологически определяется выраженная сглаженность складок слизистой, большая кривизна желудка на уровне гребешковой линии.

ФГДС - пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество жидкости и слизи. Складки слизистой не утолщены. Слизистая желудка розовая, пятнистая. Слизистая двенадцатиперстной кишки не изменена.

Флюорография - без патологии.

Ситуационная задача № 52

Больной 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: Хронический гастрит, ассоциированный с Нр в стадии обострения. Повышенная кислотообразующая функция желудка. Реактивный гепатит. Дообследование: 1) анализ крови

общий 2) анализ мочи общий 3) копрограмма 4) исследование функции печени (трансаминазы, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс) 5) анализ желудочного сока 6) рН-метрия 7) рентген желудка 8) ФГДС 9) флюорография 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из бо́патов 12) УЗИ органов брюшной полости Дифференциальный диагноз: - хронический гепатит - дуоденит - язвенная болезнь Лечение: - диета (исключение продуктов с раздражающим влиянием на слизистую оболочку) - подбор медикаментов по одной из трех схем: - «Двойная»-де-нол+метронидазол - де-нол + тетрациклин - «Тройная»- де-нол + тетрациклин + - метронидазол - «Четвертная» - к тройной добавляется омепразол. - для подавления кислотопродукции - блокаторы H-2 рецепторов гистамина - для снятия изжоги и боли - антациды, холинолитики периферического действия (метацин, платифиллин и т.д.) - витаминотерапия, гепатопротекторы - физиолечение

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови: Нв - 118 г\л, ц.п. - 0,9, эр. -3,2 x 10¹² \л, лейкоц. - 4,8 x 10⁹ \л, СОЭ - 18 мм\ч. Анализ мочи: уд.вес - 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. - 1-2 в поле зрения. ФГДС: слизистая оболочка желудка гиперемированная, отечная, покрыта слизью. Складки извиты, утолщены, с явлениями очаговой гиперплазии. Де-нол - тест - положительный. Рн - метрия - непрерывное кислотообразование средней степени интенсивности. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени до 3 см. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Флюорография - без патологии. Биохимия крови: холестерин - 6,1 ммоль\л, общий билирубин -28 мкмоль\л. АСТ - 55 ед, АЛТ - 78 ед. ПТИ - 68%. Сахар крови - 4,3 ммоль\л. ЭКГ - синусовый ритм 72 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Реакция Грегерсена отрицательная.

Ситуационная задача № 53

Больная Ч. 31 год, секретарь-делопроизводитель. 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

. Диагноз: Хронический аутоиммунный гепатит с умеренной активностью воспалительного процесса. Печеночно-клеточная недостаточность II ст. с нарушением пигментообразующей и липидолитической функции.

Обследование: 1) анализ крови общий 2) анализ мочи общий 3) флюорография 4) УЗИ органов брюшной полости 5) сывороточное железо, щелочная фосфатаза, фибриноген, глюкоза 6) маркеры вирусного гепатита HBs, HBe, HBc - антигены, антитела HCV. 7) биопсия печени Дифференциальная диагностика: - хронические вирусные гепатиты - цирроз печени - гепатозы - гемолитическая анемия - системная красная волчанка Лечение: 1) патогенетическая терапия: глюкокортикостероиды (преднизолон 30-40 мг), азатиоприн 25 мг 2) базисные средства: при стихании воспалительного процесса в печени.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ крови: эр.-3,96 x 10¹² \л, Нв - 90 г\л, лейкоциты-6,3 x 10⁹ \л, СОЭ - 54 мм\ч. 2. Анализ мочи: желт., кисл., уд.вес - 1017, лейкоциты - единичные в поле зрения. 3. Биохимия: Альбумины - 36%, гамма-глобулины - 42%, тимоловая - 14,4 ед, ПТИ - 60%, холестерин - 7,8 ммоль\л, билирубин - 120 мкмоль\л (прямой - 88, непрямой - 32 мкмоль\л). АлТ - 138 МЕ, АсТ

- 141 МЕ. Сывороточное железо - 25 мкмоль\л, щелочная фосфатаза - 26 ед (норма - до 13), сахар крови - 5,5 ммоль\л.

Обнаружены тканевые антитела к гладкой мускулатуре в титре 1:160, LE - клетки в низком титре.

4. Маркеры вирусного гепатита - HBS-Ag, HBE-Ag, HBC-Ag (-), антитела к HCV (-).

5. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки плевродиафрагмальные сращения с обеих сторон.

6. ЭКГ - синусовый ритм 86 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

7. УЗИ брюшной полости: печень : передне-задний размер - 17 см, селезенка - 75 кв.см. Портальная вена - 1,0 см, селезеночная вена - 0,8 см. 8. Биопсия печени: обильная плазмноклеточная инфильтрация ткани печени, деструкция пограничной пластинки, мостовидные некрозы.

Ситуационная задача № 54

Больная 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

Диагноз: послеоперационный гипотиреоз.

Диагностика: 1) определение Т3, Т4, ТТГ радиоиммунным методом 2) общий анализ крови 3) холестерин, бета-липопротеиды, йод, связанный с белком (СБЙ) 4) тест захвата йода щитовидной железой 5) УЗИ щитовидной железы 6) ЭКГ, ПКГ 7) электролиты крови: калий, натрий, хлор, медь.

Дифференциальная диагностика с ожирением различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга), с нефротическим синдромом..

Лечение: - заместительная терапия тиреоидными гормонами, - небольшие дозы бета-блокаторов - небольшие дозы глюкокортикоидов с целью профилактики надпочечниковой недостаточности - антисклеротическая терапия - антианемическая терапия Нетрудоспособна во время подбора заместительной терапии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ крови: Hb - 90 г\л, ц.п. - 0,7, эр.- 3,1 x 10¹²\л, лейкоц.- 4,8 x 10⁹ \л, СОЭ - 3 мм\ч.

2. Анализ мочи: уд.вес - 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. - 3-4 в поле зрения.

3. Флюорография - без патологии.

4. Биохимия крови: холестерин - 8,2 ммоль\л, общий билирубин - 20,5, прямой - 15,0, непрямой - 4,9 мкмоль\л. АСТ - 25 ед, АЛТ - 14 ед. Натрий - 136,0 мкмоль\л, калий - 4,2 мкмоль\л, кальций - 2 мкмоль\л. Сахар крови - 3,8 ммоль\л.

5. ЭКГ - синусовая брадикардия 54 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

6. УЗИ щитовидной железы: лоцируется участок левой доли размером 1,5 x 2 см. Узлов нет.

7. УЗИ сердца: незначительное расширение полостей, диффузная гипокинезия миокарда, снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса 50%), наличие жидкости в полости перикарда.

8. Радиометрия: захват йода щитовидной железой: через 2 часа -7% (N - 13%); через 4 часа - 13% (N - 20%); через 24 часа-22% (N - до 40%) 9. Гормоны крови: Т3 и Т4 уровень снижен, ТТГ - превышает нормальное значение в 1,5 раза.

Ситуационная задача № 55

Больной 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. Изо 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.

1. Ваш диагноз. 2. Необходимые дополнительные обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.

Эталон ответа

1. Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый), впервые выявленный. Кетоацидотическая кома.

Анализ крови общий Анализ мочи общий. Электролиты крови. РН крови. Уровень мочевой кислоты в крови. АСТ, АЛТ, СРБ, ДФА, фибриноген. Билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутаматтранспептидаза. Креатинин, мочевины. Уровень гормонов в крови радиоиммунным методом.

Дифференциальная диагностика с: - гипогликемической комой, - лактоацидотической и гиперосмолярной комами, - коматозными состояниями, не связанными с сахарным диабетом (церебральные, экзотоксические - инфекционные и при отравлениях, метаболические - уремическая, печеночная, тиреотоксическая, гипотиреозная, при надпочечниковой недостаточности, смешанные).

Лечение: 1) Регидратация (физиологический раствор внутривенно до 10% массы тела), 2) инсулин 6-8 единиц в час внутривенно капельно, при необходимости коррекция электролитного и кислотно-щелочного баланса. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 74 1. Сахар крови - 32 ммоль\л. 2. Катетером получено 150 мл мочи, экспресс-реакция на ацетон (+++). 3. РН крови - 7,1 4. Уровень лактата, креатинин, мочевины, трансаминазы в пределах нормы.

Ситуационная задача № 56

Большая 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. Жажду 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 кнаружи 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 4. Провести дифференциальную диагностику 5. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

1. Основное заболевание: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), впервые выявленный, в стадии субкомпенсации.

Осложнения: Диабетическая нефропатия 2 ст. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия. Диабетическая и гипертоническая ретинопатия, 2 стадия (препролиферативная).

Обследование: 1) Анализ крови общий 2) Анализ мочи общий 3) Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль.

4) ЭКГ, ПКГ 5

) холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, креатинин, мочевина, проба Реберга. 6) электролиты крови: калий, натрий, хлор. 7) УЗИ внутренних органов 8) УЗИ сердца 9) Консультация окулиста 10) Консультация невропатолога 2. Диф. диагностика с сахарным диабетом 1 типа, гипертонической болезни с симптоматической артериальной гипертензией. 3. Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение гипертензии - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ан. крови общий: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 7 мм/час. 1. Ан. мочи общий: желтая, кислая, уд. вес - 1028, белок - 0,99 г/л, сахар (+), эр. - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - нет. 2. Суточный диурез - 3 литра. 3. Клубочковая фильтрация - 75 мл/час, канальцевая реабсорбция 93%. 4. Общий билирубин - 18 ммоль/л. Холестерин - 9,0 ммоль/л, АСТ - 26 ед (норма - 65 ед), АЛТ - 12 ед (норма - 45). Креатинин - 0,09 мкмоль/л. Мочевина - 8,0 ммоль/л.

5. Сахар крови - 8,3 ммоль/л, через день - 9,4 ммоль/л. 6. ЭКГ: синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка. 7. Осмотр окулиста: вены извиты, четкообразны, микроаневризмы, большое количество геморрагий, свежих и старых. Симптом Salus - II.

Ситуационная задача № 57

Больной Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь - 3-4 раза). Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. Определить тактику лечения.

Эталон ответа.

Диагноз: Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный.

Осложнение: ИБС: перенесенный трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. НК- II-Б ст. Атеросклероз сосудов ног. Диабетическая ретинопатия II ст.

Сопутствующее: Ожирение III ст.

Диагностика: 1) общий анализ крови 2) общий анализ мочи 3) Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль. 4) ЭКГ, ПКГ 5) холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП. 6) электролиты крови: калий, натрий, хлор, медь. 7) УЗИ внутренних органов 8) УЗИ сердца 9) ВЭМ 10) Консультация окулиста

2. Дифференциальная диагностика с сахарным диабетом I типа, между ИБС и диабетической миокардиодистрофией, ожирение различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга).

3. Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфаниламочевина и бигуаниды), лечение ИБС и коррекция НК - нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, гиполипидемические средства. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ крови - без особенностей. 2. Анализ мочи общий: светло-желтая, кислая, уд.вес. - 1027, белок - нет, сахар - качественная реакция положительная, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. 3. Сахар крови - 5,9 ммоль/л. ПТИ - 90%. Мочевина - 5,4 ммоль/л. Билирубин общий - 15,6 ммоль/л. АСТ- 34 ед (норма - 65), АЛТ - 28 ед (норма - 45). Холестерин - 8 ммоль/л. 4. ЭКГ: синусовый ритм, комплекс QS в отведениях II, III, aVF. Сегмент ST на изолинии, зубец T положительный во всех отведениях. 5. Осмотр окулиста: диски зрительных нервов четкие, розовые. Выраженный склероз артерий сетчатки. Вены извиты, единичные микроаневризмы. Сахарная кривая: натощак - 6 ммоль/л, через час после нагрузки 75 г глюкозы - 12,6 ммоль/л, через 2 часа - 11,8 ммоль/л.

Ситуационная задача № 58

Больной 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 x 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. Определить тактику лечения.

Эталон ответа

1. Диагноз: Неспецифический язвенный колит с преимущественным поражением подвздошной кишки средней степени тяжести, синдром моторных нарушений с преобладанием ускоренного опорожнения. Узловатая эритема. Обследование: 1) анализ крови общий 2) анализ мочи общий 3) копрограмма 4) анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы 5) ФГДС и колоноскопия с биопсией из патологического участка 6) флюорография 7) УЗИ органов брюшной полости

Дифференциальная диагностика: - инфекционные колиты - болезнь Крона - опухоли кишечника - туберкулез кишечника - поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия)

Лечение: 1) диета 2) Сульфосалазин (2,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг) 3) ректально гидрокортизон 4) лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие) 5) лечение обменных нарушений 6) лечение дисбактериоза

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 90 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/час. 2. Анализ мочи - без патологии. 3. Рентгенологическое исследование: обнаружено сужение в области терминального отрезка подвздошной кишки и начального отдела слепой.

Пассаж бария резко замедлен. 4. Флюорография - без патологии. 5. Биохимия крови: холестерин - 3,8 ммоль/л, общий билирубин - 20, прямой - 14, непрямой - 6 мкмоль/л. АСТ - 38 ед, АЛТ - 45 ед. Натрий - 115 мкмоль/л, калий - 3,1 мкмоль/л, хлор - 60 ммоль/л, железо - 11 ммоль/л. Сахар крови - 5,2 ммоль/л. Общий белок - 65 г/л, альбумины - 45%, альфа1 - 5%, альфа2 - 9%, бета - 11%, гаммаглобулины - 30%. СРБ - 1. 6. ЭКГ - синусовый ритм, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда. 7. Колоноскопия: гиперемия и отек слизистой оболочки подвздошной кишки. Контактная кровоточивость, эрозии и язвы неправильной формы, густые наложения на стенках. 8. УЗИ брюшной полости: патологических изменений не выявлено. 9. Гистология: лейкоцитарная инфильтрация поверхностного слоя эпителия, в просвете кишечных крипт скопление лейкоцитов с явлениями некроза.

Ситуационная задача № 59

Больная 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. Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 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: Нв-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.

1. Сформулировать диагноз 2. Назначить лечение 3. Обосновать прогноз и экспертизу трудоспособности

Эталон ответа

- 1) Первичный полиостеоартроз, без узелковый, двусторонний гонартроз 111 степени, медленно-прогрессирующее течение, двустороннее поражение голеностопных суставов, спондилёз. ФНС 2 степени.
- 2) Тактика лечения : разгрузка поражённых суставов механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость) НПВС и анальгетики,润滑иканты, физиолечение, сосудистая терапия при неэффективности - хирургическое лечение
- 3) Прогноз для заболевания неблагоприятный, для жизни - благоприятный. При наличии вторичного синовита - временная утрата трудоспособности.

Ситуационная задача № 60.

Больной М., 18 лет. За месяц до поступления перенес ОРВИ, лечился амбулаторно анальгином, парацетамолом, бисептолом. На фоне приема лекарств отметил боль и припухание в коленных суставах, геморрагические высыпания на коже голеней. После отмены лекарств и приема антигистаминных препаратов боль в суставах и высыпания исчезли. Через 3 недели в связи с появившимся субфебрилитетом самостоятельно возобновил прием бисептола. Состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 38,8 С, появились геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, резко усилилась головная боль. С подозрением на менингит госпитализирован в инфекционное отделение. Через 2 дня присоединились схваткообразная боль в животе и понос с примесью крови. Однократно была рвота цвета “кофейной гущи”. При осмотре: состояние крайне тяжелое, температура тела 38С. Больной резко бледен, истощен. На коже разгибательных поверхностей голеней и стоп множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы деформированы, движения в них резко болезненны. Пульс ритмичный, слабого наполнения - 110 в мин. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет., ЧДД - 24 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот втянут, при поверхностной пальпации резко болезненный. Стул 3-4 раза в сутки с примесью крови. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальный диагноз. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови: СОЭ 54 мм/час, эр. - $1,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 70 г/л, цв.п. - 0,62, лейкоц. - $27,3 \times 10^9/л$, б - 0%, э - 7%, п/я - 18%, с/я - 63%, лимф. - 10%, мон. - 2%. 2. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - 0,9 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 50-60 в п/зр. 3. ЭКГ - прилагается. 4. Рентгенограмма - прилагается. 5. Гликемия: 4,07 ммоль/л. 6. Биохимический анализ крови: АСТ - 5,0 ед/л, мочевая кислота - 0,29 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0, СРБ - 2, ДФА - 250 ед. 7. УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, перегиб в пришеечной части, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК расширены, паренхима сохранена. 8. Анализ кала - реакция Грегерсена резко положительная.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: геморрагический васкулит с кожногеморрагическим, суставным, почечным и абдоминальным синдромом. Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, время кровотечения, скорость свертывания крови, кол-во тромбоцитов, консультация окулиста - глазное дно, биомикроскопия конъюнктивы, фиброгастродуоденоскопия, исследование каловых масс, консультация невропатолога.

3. Менингит, тромбоцитопеническая пурпура, реактивный артрит, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, гломерулонефрит.

4. Тактика лечения: цитостатики, глюкокортикоиды, 5. дезагреганты.

Ситуационная задача № 61

Больной 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 x 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 x 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.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальный диагноз. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. - 2,6x10¹²/л, Нв - 107 г/л, цв.п. - 0,7, лейкоц. - 19,3x10⁹/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 71%, лимф. - 12%, мон. - 5%.

2. Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, желчн. пигм. - 0, лейкоц. - 0-1-2 в п/зр., эр. - 2-3-5 в п/зр., эпителий - 0-1-3 в п/зр., бактерии ++, соли - мочевая кислота.

3. ЭКГ - прилагается.

4. ЭХО-КС - аорта не уплотнена, 25 мм, левое предсердие - 40 мм, ЛЖ - КДР 43 мм, КСР - 30 мм, фракция выброса - 0,58, МЖП - 15мм, дефект в мышечной части диаметром - 0,8 см, ЗСЛЖ - 17 мм, аортальный клапан - крупные вегетации на створках, амплитуда открытия - 1,0, митральный клапан - без патологии, в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане и через дефект в межжелудочковой перегородке, правый желудочек незначительно расширен.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: острый инфекционный эндокардит. Осложнение: НК - 2 - Б Сопутствующие: врожденный порок сердца: дефект мышечной части межжелудочковой перегородки.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, анализ крови на стерильность, посев на гемокультуру и чувствительность к антибиотикам, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, фонокардиография.

3. Сепсис, ревматизм, острая фаза, гемолитическая анемия, гемолитический криз.

4. Тактика лечения: внутривенное введение антибиотиков в больших дозах.

Ситуационная задача № 62

Больная С., 19 лет, студентка. Предъявляет жалобы на боли в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, непостоянного мигрирующего характера, немотивированную общую слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную лихорадку, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство “замирания” в работе сердца. Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. Приступив год назад к учебе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъеме в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда тупые ноющие боли в прекордиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фоликулярную ангину, лечилась эритромицином в течение 6 дней. Несмотря на исчезновение болей в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и деформация левого голеностопного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние

суставы болезненны при пальпации. При аускультации легких - ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих легких, ЧДД - 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Конфигурация сердца митральная. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Тоны аритмичны, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС - 78-84 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальный диагноз. 4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. ЭКГ - прилагается. 2. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв - 117 г/л, цв.п. - 0,9, лейкоц. - $9,3 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%. 3. Общий анализ мочи: желтая, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, эпителий плоский - 1-7-12 в п/зр., лейкоц. - 5-7 в п/зр., эр. - 0-1-5 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-3 в п/зр. 4. Биохимический анализ крови: АСТ - 12 ед/л, мочевины - 8,6 ммоль/л, билирубин - 17,0 мкмоль/л, СРБ - 1, белок - 70 г/л. 5. Гликемия: 5,76 ммоль/л, ПТИ - 64%. 6. ЭХО-КС: аорта не уплотнена, не расширена (25 мм), левое предсердие увеличено (43 мм), ЛЖ не расширен (КДР - 43 мм, КСР - 30 мм), фракция выброса - 0,58, МЖП утолщена (24 мм), ЗСЛЖ утолщена (25 мм), аортальный клапан не изменен, митральный клапан - уплотнены створки, в М-режиме однонаправленное движение створок, неполное смыкание, в Д-режиме выявлен патологический поток на митральном клапане, правый желудочек не расширен (30 мм). 1. Рентгенография - прилагается.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ревматизм: активная фаза, активность 2 степени, возвратный ревмокардит, подострое течение, ревматический артрит. Ревматический порок сердца: недостаточность митрального клапана, нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии, НК 2-Б стадии. 2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, эхокардиоскопия, анализ крови на АСЛ-О, АСГ, АСК, СРБ, ДФА, сиаловые кислоты, посев крови на гемокультуру, рентгенография голеностопных и лучезапястных суставов, суставов кистей рук, рентгенография грудной клетки, рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода, проба Нечипоренко. 3. Неревматический миокардит, инфекционный эндокардит.

1. Тактика лечения: антибиотики пенициллинового ряда, НПВП. Обсудить вопрос о целесообразности назначения

Ситуационная задача № 63

Больной Т., 39 лет, учитель. Доставлен с работы на машине скорой помощи в гематологическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, бледность кожных покровов. Болен в течение 2-х месяцев: появилась одышка при обычной физической нагрузке, быстрая утомляемость, которые постепенно нарастали, появились геморрагические высыпания на ногах. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые выраженной бледности. На туловище и конечностях петехиально-пятнистая геморрагическая сыпь. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Дыхание везикулярное, 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, 110 в 1 мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. - $1,24 \times 10^{12}$ /л, Нв - 44 г/л, гематокрит - 0,14, СЭО - 112,9 фл, ССГЭ - 35,5 пг, СКГЭ - 314,0 г/л, ретик. - 0,1%, тромбоц. - $17,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $2,9 \times 10^9$ /л, нейтр. п/я - 3%, нейтр. с/я - 39%, лимфоц. - 54%, моноц. - 4%, СОЭ - 47 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты-2,5%, н.промиелоциты – 8,5% лимфоциты-18,5%, плазмоциты – 2,5%, мегакариоциты – 5%, недействительные миелокариоциты – $50 \times 10^9/\text{л}$, мегалобласты – 0,5%, эритроидный росток-27,5%. Соотношение лейкоцитов/эритроцитов-2,6:1. Заключение: Пунктат костного мозга клеточный, полиморфный по составу. Увеличено количество промиелоцитов, небольшое раздражение красного ростка, встречаются единичные мегалобласты, эритроциты с тельцами Жолли. В нейтрофилах токсогенная зернистость.

1. Ваш диагноз, обоснование. 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

3. Чем можно объяснить увеличение числа промиелоцитов, появление нейтрофилов с токсогенной зернистостью, мегалобластов, эритроцитов с тельцами Жолли, снижение числа мегакариоцитов в костном мозге? 4. Тактика лечения.

Эталон ответа

1. Апластическая анемия. Обоснование: выраженный анемический синдром; геморрагический синдром; отсутствие спленомегалии; панцитопения в периферической крови со снижением числа ретикулоцитов; отсутствие бластных клеток в крови и повышения их числа в костном мозге; снижение числа миелокариоцитов и мегакариоцитов в костном мозге.

2. Трепанобиопсия крыла подвздошной кости с гистологическим исследованием костного мозга, содержание фалатов и кобаламинов (витамин В12) в крови, исследование кариотипа клеток костного мозга.

3. Нарушением вызревания клеток всех трех ростков вследствие костно-мозговой недостаточности.

4. Спленэктомия, иммуносупрессивная терапия (антилимфоцитарный глобулин, циклоспорин А), лимфоцитозферез, компонентная гемотерапия (эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами - ЭМОЛТ, тромбоконцентрат, свежезамороженная плазма), колониестимулирующий фактор (нейпоген), гемостатические средства (дицинон, этамзилат натрия, препараты НовоСэвен, антитромбин III).

Ситуационная задача № 64

Больная Б., 58 лет. Обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, кожный зуд, увеличение лимфатических узлов, боли в животе. Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Увеличены все группы периферических лимфоузлов, объединенных в конгломераты, размерами до 5 см, малоподвижные, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, в межлопаточной области ослабленное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, 88 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пальпируются конгломераты плотных малобезболезненных образований, умеренная болезненность в околопупочной области. Печень увеличена, +3 см. Селезенка увеличена +5 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. – $3,22 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 108 г/л, ССГЭ – 33,5 пг, ретикул. – 1,4%, тромбоц. – $280 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. – $107 \times 10^9/\text{л}$, нейтроф. п/я – 1%, нейтроф. с/я – 6%, лимфоциты – 93%. Клетки Гумпрехта-Боткина в большом количестве.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в S₃ правого легкого округлая тень размером 2,2 см с неровными четкими контурами, однородная. Корни бесструктурные, расширены за счет наличия множества округлых однородных теней размерами 2-2,5 см. Сердце широко лежит на диафрагме, аорта без особенностей. Верхнее средостение расширено кпереди, вправо и

влево за счет однородной тени с нечеткими контурами. Заключение: поражение правого легкого опухолевым процессом. Увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных, бронхопюльмональных лимфоузлов.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка увеличена (площадь 53 см²). Печень увеличена за счет правой доли. В брюшной полости значительное увеличение лимфоузлов: в области ворот печени по ходу малого сальника размером до 5 см, сливающиеся в пакет в области ворот селезенки – до 3 см; забрюшинные – до 3 см, паракаваальные – до 2,8 см.

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
4. Чем объяснить такие симптомы болезни как общая слабость, кожный зуд, боли в животе?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?

Эталон ответа:

1. Хронический лимфолейкоз, III стадия. Опухолевая форма.
2. Лимфоаденопатия всех групп периферических лимфоузлов, средостения, внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов. Гепатомегалия. Спленомегалия. В периферической крови: абсолютный лимфоцитоз, анемия, клетки Гумпрехта-Боткина.
3. Миелограмма (пунктат костного мозга должен быть клеточный, мономорфный, представленный лимфоцитами и пролимфоцитами, много разрушенных клеток Гумпрехта-Боткина). Биопсия лимфоузла с гистологическим и иммуногистохимическими исследованиями.
4. Общая слабость, кожный зуд – признаки опухолевой интоксикации, боли в животе, возможно, связаны со сдавлением петель кишечника конгломератом увеличенных лимфоузлов.
5. Дифференцировать с другими формами с неходжкинских лимфом.

Ситуационная задача № 65

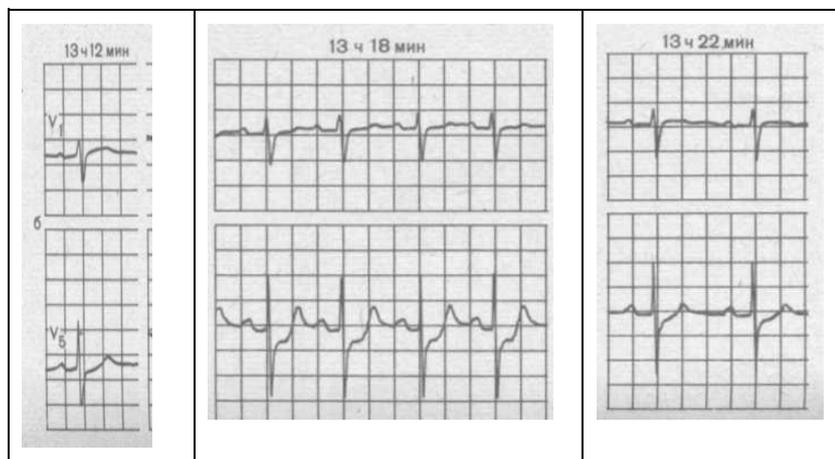
Больной С., 45 лет, водитель автобуса обратился в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке (ходьба по ровному месту на расстояние более 500 м, подъем тяжестей). Боль проходит через 5-10 мин. после прекращения нагрузки.

Anamnesis morbi: Подобные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал НПВС, корвалол, валидол. Эффекта не было.

Anamnesis vitae: Курит в течение 20 лет – 2 пачки сигарет в день. Питание нерегулярное, основной прием пищи вечером, после работы. Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям неотягощена

Status praesens communis: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание избыточное (рост 171 см, 93 кг). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. ЧДД-18 в 1 мин., пульс 72 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Три дня назад по настоянию жены провел суточное мониторирование ЭКГ



Исх. состояние Подъем по лестнице Отдых

Вопросы:

1. Опишите суточное мониторирование ЭКГ.
2. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения предварительного диагноза?
4. Выделите ведущий клинический синдром проведите дифференциальную диагностику с синдромсхожими заболеваниями.
5. Показано ли направление больного на стационарное лечение?
6. Назначьте лечение.
7. Выскажите мнение о целесообразности хирургического лечения.
8. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Эталон ответа:

1. При ХМ ЭКГ выявлена при ФН транзиторная депрессия сегмента ST. Что может указывать на ишемию миокарда.
2. У больного ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 2. Ожирение 1 ст.
3. Больному показано обследование, включающие лабораторные методы – липидный спектр - общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, расчет показателя атерогенности, показатели гемостаза – ПТИ, фибриноген, АСАТ, АЛАТ, С-реактивный белок, инструментальные методы исследования - ЭКГ покоя, тест с физической нагрузкой или дипиридамовый тест.
4. Проводить дифференциальную диагностику с кардиопатиями, остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника, инфарктом миокарда, ГЭРБ и др.
5. У больного стабильная форма ИБС, лечение у участкового терапевта в районной поликлинике.
6. Больному показано лечение, включающее коррекцию факторов риска - прекращение курения, планомерное снижение массы тела, рациональное питание.

Показано назначение в-адреноблокаторов (конкор 2,5-5 мг однократно утром, антагонисты кальция (амлодипин 5 мг вечером), для купирования стенокардии – нитроминт срей, кардиомагнил 150 мг 1 раз в день, статины (аторвастатин 5 мг) вечером.

7. В данной клинической ситуации показано консервативное лечение.
8. У больного по клиническим данным стенокардия напряжения 2-го функционального класса – длительность б/л до 20 дней.

Ситуационная задача № 66

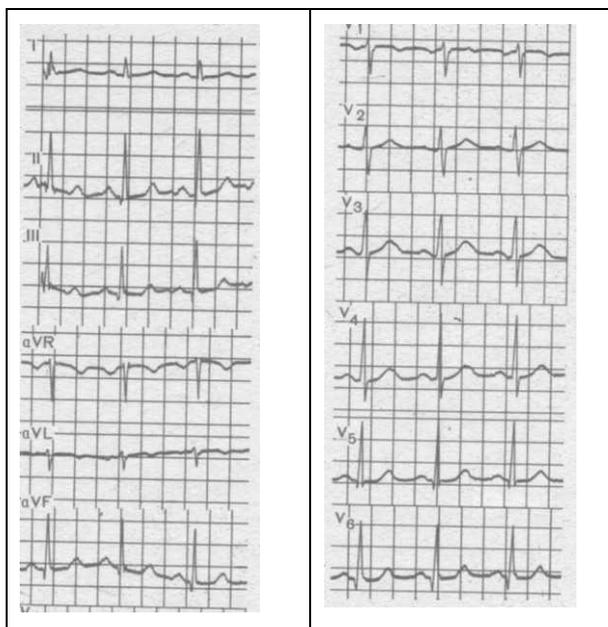
Больная Г., 67 лет, пенсионерка, вызвала врача на дом в связи с жалобами на загрудинную боль в левой половине грудной клетки и за грудиной, в области шейно- грудного отдела позвоночника и между лопатками, несколько раз болевые приступы возникали в покое периодически отмечает перебои в работе сердца.

Anamnesis morbi: Боли беспокоят в течение 1 недели. За медицинской помощью не обращалась, так как расценила боли как обострение остеохондроза, в связи с чем неоднократно принимала НПВС с эффектом. Прием НПВС был неэффективным. По совету соседки 2 раза принимала нитроглицерин – возникла сильная головная боль, однако больная отметила что боль после приема нитроглицерина «утихла». Последние 2 дня боль стала возникать в покое. Вызвала врача на дом

Anamnesis vitae: Страдает хроническим гастритом и некалькулезным холециститом. Удалена атерома на волосистой части головы 10 лет назад. Никто из ближайших родственников не страдал сердечно-сосудистыми заболеваниями. За медицинской помощью не обращалась. Вредных привычек не имеет, за исключением приверженности к соленой пище.

Status praesens communis: Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания избыточное (рост 161 см, 93 кг, ИМТ 34,5). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. ЧДД-18 в 1 мин., пульс 86 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферических отеков нет.

Записана ЭКГ



Вопросы:

1. Опишите ЭКГ.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какова тактика участкового терапевта?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой диагностический минимум обследования необходимо провести больной?
6. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Эталон ответа:

На ЭКГ обнаружено снижение амплитуды зубца Т и небольшая депрессия ST в III и AVF отведениях.

1. ИБС: нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты коронарных артерий. Кардиосклероз. Ожирение 1. Миокардиодистрофия, Н1
2. Больные с нестабильной стенокардией в обязательном порядке подлежат госпитализации в кардиологическое отделение.
3. Учитывая сохранение болевого синдрома в груди в течение 1 недели, изменения на ЭКГ, необходимо прежде всего провести дифференциальный диагноз с не Q- инфарктом/
4. Для исключения некрозов миокарда необходимо исследование тропонинов Т и I, а также КФК МВ, АСАТ, АЛАТ, тесты гемостаза, общий анализ крови и мочи, липидный спектр. В зависимости от результатов тропонинового теста будет определена тактика ведения.
5. Экспертиза нетрудоспособности не проводится – больная является пенсионеркой.

Ситуационная задача №67

1. Значительная ишемия миокарда – косонисходящее снижение ST в V4 и V5 более 3 мм.
2. Больной в течение многих лет страдает сахарным диабетом, субкомпенсация. На записанной ЭКГ отмечена горизонтальная депрессия сегмента ST. В то же время у больного отсутствует четко очерченный болевой синдром в груди. Предварительный диагноз ИБС: ББИМ. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести в стадии субкомпенсации.
3. Необходимо провести исследование липидного спектра общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, расчет показателя атерогенности, Суточный профиль глюкозы, показатели гемостаза – ПТИ, фибриноген, АСАТ, АЛАТ, С-реактивный белок, инструментальные методы исследования, исследование глазного дна, МАУ, СКФ, суточное мониторирование ЭКГ.
4. Да, показано.
5. Больному необходимо корректировать дозу инсулина для компенсации углеводного обмена. Необходимо назначить антиишемическую терапию, включающую антагонисты кальция – амлодипин, моонитраты – мооничинкве ретард 40 мг однократно, провести миокардиальную цитопroteкцию – триметазидин 20 мг 3 раза в день, аспирин 75 мг в сутки. При дислипидемии в зависимости от преобладания нарушений назначить фибраты или статины
6. Больной является работающим инвалидом 3 группы, экспертиза нетрудоспособности проводится по общим правилам на весь период заболевания.

Ситуационная задача № 68

Больной С., 44 лет, механик обратился в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке (ходьба по лестнице до 3 этажа. Боль проходит самостоятельно через 5-7 мин. после прекращения нагрузки).

Anamnesis morbi: Загрудинные боли беспокоят в течение 2-х недель. Самостоятельно записал ЭКГ – патологических изменений найдено не было. Принимал по совету родственника валокордин и валидол с незначительным эффектом. За медицинской помощью не обращался

Anamnesis vitae: Страдает хроническим холециститом. Диеты строго не придерживается. Никто из ближайших родственников не страдал сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вредных привычек не имеет, за исключением употребления алкоголя с друзьями в конце недели в умеренном количестве.

Status praesens communis: Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания избыточное (рост 169 см, 90 кг, ИМТ 31.0). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. ЧДД-14 в 1 мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс 86 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2-го тона на аорте. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме Периферических отеков нет. После осмотра врач направил больного на ЭКГ, даны направления на общие анализы крови и мочи. На ЭКГ не было зарегистрировано каких-либо патологических изменений. Больной был признан трудоспособным, рекомендовано принимать корвалол, настойку валерианы при болях. Придя домой, больной почувствовал сильные боли за грудиной сжимающего характера, чувство страха смерти, резкую слабость, холодный пот, однократно была рвота. Родственники вызвали «Скорую помощь», после осмотра и записи ЭКГ, которая выявила подъем сегмента ST на 3 мм выше изолинии во II и III стандартных отведениях, больной был госпитализирован с подозрением на инфаркт миокарда.

Проведено суточное мониторирование ЭКГ



1. Опишите холтеровское мониторирование ЭКГ.
2. Какой предварительный диагноз вы поставите больному?
 1. Какие ошибки допущены врачом-терапевтом на приеме?
 2. Возможно ли было предупредить развитие острой коронарной патологии у данного больного? (Почему? Обоснуйте).
 3. Какое дообследование необходимо провести больному при поступлении в приемное отделение?
 4. На сколько дней надо продлить больному больничный лист после выписки из стационара?
 5. К какой диспансерной группе относится данный больной?(Почему? Обоснуйте.)

Эталон ответа:

1. При ХМ регистрируется горизонтальная депрессия ST в верхушечно-боковой стенке более 1 мм, что указывает на преходящую ишемию миокарда.
2. У больного появилась ИБС, впервые возникшая стенокардия, в дальнейшем развился острый коронарный синдром.
3. Участковый терапевт должен был направить больного на госпитализацию по скорой помощи, в виду впервые возникшей стенокардии напряжения.
4. Да, возможно, если бы больному было правильно назначено лечение по поводу впервые возникшей стенокардии.
5. Повторная запись ЭКГ, биохимическое исследование крови на тропонин, ферменты и показатели острофазового воспаления (фибриноген, С-реактивный белок), тесты гемостаза, общий анализ крови и мочи.

6. Больничный лист продлить на 40-80 дней.
7. Больной относится ко 2-й диспансерной группе, т.к. он среднего возраста, работающий (т.е. он относится к основной диспансерной группе, где проводится активная диспансеризация).

Ситуационная задача № 69

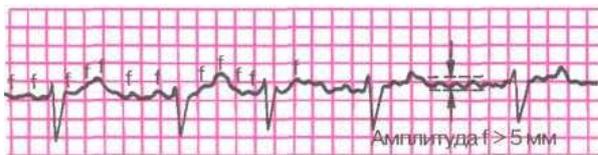
Больной 55 лет, слесарь, вызвал неотложную помощь из районной поликлиники на дом в связи появлением боли за грудиной сжимающего, давящего характера, одышку, кашель.

Anamnesis morbi: Больной длительное время (около 12 лет) страдает ИБС, стенокардией напряжения 2 ф.к., атеросклерозом аорты, коронарных и церебральных артерий, постоянной формой мерцательной аритмии. Получает комбинированную антиангинальную терапию - метопролол зок 100 мг в сутки, нитросорбид 20 мг 2 раза в день, тромбоасс – 100 мг ежедневно. Ухудшение в течение суток – появилась одышка, кашель. Больной принял 2 раза нитроглицерин, боль за грудиной уменьшилась, но одышка не уменьшилась. Больной вызвал врача на дом

Anamnesis vitae: Страдает хроническим необструктивным бронхитом. Из-за проблем с легкими бросил курить 3 года назад. До этого курил по 1-1,5 пачек сигарет в день более 20 лет. Наследственность по ИБС отягощена - отец болел «аритмией сердца». Диеты, рекомендованной терапевтом строго не придерживается – много ест жирной и соленой пищи.

Status praesens communis: При осмотре: состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. ЧДД – 18 в 1 мин. В легких аускультативно дыхание ослабленное, в верхних и средних отделах сухие свистящие хрипы. Пульс 98 уд в мин., аритмичный. АД-160/90 мм рт. ст. Границы сердца расширены на 2,5 см от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, мерцательная аритмия, систолический шум на верхушке, усилен II тон на легочной артерии. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная с острым краем.

Больной повторно принял нитроглицерин под язык. Через несколько минут боли в области сердца уменьшились, однако оставался кашель. Внутривенно струйно введено 10,0 мл 2,4% р-ра эуфиллина. Через 30-40 минут состояние больного улучшилось, удушье значительно уменьшилось, исчезли сухие хрипы в легких. На ЭКГ у больного зарегистрирована мерцательная аритмия. Больной не госпитализирован.



1. Дайте заключение по ЭКГ.
2. Какое острое состояние развилось у больного на фоне хронических заболеваний?
3. Правильной ли была тактика врача неотложной помощи, который оказал помощь больному и уехал? (Обоснуйте).
4. Какова дальнейшая тактика участкового врача по ведению данного больного?
5. Какова альтернатива плановому стационарному лечению?
6. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Эталон ответа:

1. На ЭКГ регистрируется мелковолновая фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 104 уд в 1 мин.
2. У больного развился приступ бронхиальной астмы, который спровоцировал приступ стенокардии.
3. Тактика врача неотложной помощи была правильной.
4. Участковый врач должен назначить лечение с учетом сочетанной патологии, предусмотреть назначение ингибиторов АПФ, диуретиков, антагонистов кальция, мононитратов, аспирина, статинов, агонистов В2 рецепторов.
5. В настоящее время больной компенсирован, в экстренной госпитализации не нуждается. Больному может быть рекомендовано лечение в дневном стационаре, консультация кардиолога и пульмонолога.
6. На весь период лечения в дневном стационаре выдается больничный лист.

Ситуационная задача № 70

Пациент П., 42 года. I этап диспансеризации. В анамнезе повышения АД до 130/80 мм рт.ст. (антигипертензивные препараты не принимает). Анкетирование – жалоб нет, нерациональное питание, низкая физическая активность, не курит. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые бледно-розовой окраски, без патологических высыпаний. Телосложение нормостеническое. Индекс массы тела 24 кг/м². Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 70 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез без особенностей. Общий холестерин (ОХС) – 4,8 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. ОАК, ОАМ в пределах нормы. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск – 0%.

1. Установите группу здоровья 2. Выделите факторы риска 3. Какое консультирование необходимо провести. 4. Составьте план диспансерного наблюдения

Эталон ответа:

Установлена 1 группа здоровья. Факторы риска – курение, нерациональное питание, низкая физическая активность. Проведено краткое профилактическое консультирование участкового врача по рациональному питанию, уровню физической активности. В диспансерном наблюдении не нуждается.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ

8.1. Компоненты контроля и их характеристика

Текущий контроль – осуществляется руководителем практики, который контролирует:

- выполнение индивидуального задания,
- правильность ведения отчетной документации по практике,
- соблюдение ординатором всех правил и норм поведения на рабочем месте,
- освоение программы (раздела программы) практики в рамках заявленных компетенций,
- разбор практических ситуаций в непосредственной клинической практике.

Промежуточная аттестация

- завершающий этап прохождения раздела (разделов) практики в текущем семестре,
- проводится в форме зачета или зачета с оценкой,
- осуществляется в двух направлениях:

- оценка результатов обучения в рамках раздела (разделов) практики;
- оценка сформированности компетенций в рамках раздела (разделов) практики.

8.2. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Курс	Вид контроля	Наименование этапа практики/ виды выполняемых работ	Оценочные средства
				Способ контроля
1.	1-2	ТК ПА	Организационный Клинический: Оказание неотложной и плановой медицинской помощи	Отчет по практике. Разбор практических ситуаций в непосредственной клинической практике. Ситуационные задачи. Клинические ситуации. Контроль алгоритма действий.

ТК – текущий контроль

ПА – промежуточная аттестация

8.3. Шкалы и процедуры оценивания

8.3.1. Заключение руководителя практики от Московского Медицинского университета «Реавиз» о достижении планируемых результатов обучения и сформированности компетенций в рамках раздела практики (далее – заключение руководителя практики)

Критерии заключения

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения программы практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках раздела практики сформированы.
- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках раздела практики не сформированы.

8.3.2. Форма промежуточной аттестации – экзамен

8.3.3. Процедура оценивания – собеседование

8.3.4. Шкалы оценивания результатов обучения соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках раздела (ов) практики

Форма аттестации – Экзамен

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Отлично	- положительное заключение руководителя практики, - глубокое и прочное освоение материала программы практики, - исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное применение материалов программы практики,	Компетенция сформирована. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены.

	<ul style="list-style-type: none"> - способность тесно увязывать теорию с практикой, - свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении, - использование при ответе опыта практической деятельности, - правильное обоснование принятого решения, - исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач. 	<p>Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.</p>
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> - положительное заключение руководителя практики; - твердое знание материала программы практики, грамотное, без существенных неточностей в ответах его применение; - правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении задач; - владение необходимыми навыками и приемами их выполнения. 	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует значительное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.</p>
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> - положительное заключение руководителя практики; - освоение только основного материала без детализации; - неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах; - затруднения при выполнении практических работ. 	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Большинство требований в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены. Несамостоятелен при использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.</p>
Неудовлетворительно	<p>Выставляется обучающемуся, который имеет отрицательное заключение руководителя практики хотя бы по одному разделу.</p>	<p>Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.</p>

При оценке «Неудовлетворительно» хотя бы в рамках одной компетенции выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

При отрицательном заключении руководителя практики хотя бы по одному разделу или отсутствии отчета по практике выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

8.3.5. Образец экзаменационного билета

<p style="text-align: center;">ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «Московский МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ» 31.08.49 Терапия Билет № _____</p>
1.
2
3
Ситуационная задача

9. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

Основная	Режим доступа к электронному ресурсу
Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. I. : учебник / под ред. Мартынова А. И. , Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 784 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. II. : учебник / под ред. Мартынова А. И. , Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 704 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Мухин Н.А., Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Мухин Н.А., Моисеев В.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 848 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Кобалава, Ж. Д. Тактика врача-кардиолога : практическое руководство / под ред. Ж. Д. Кобалава. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Дополнительная	
Окороков В.Г., Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Ч.1: Кардиология [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / В.Г. Окороков [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина - Рязань: ООП УИТТиОП, 2018. - 176 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Петров В.С., Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Ч. 2 [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / В.С. Петров [и др.]; под ред. проф. С.С. Якушина - Рязань: ООП УИТТиОП, 2018. - 228 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Щёктова В.В., Дифференциальная диагностика внутренних болезней [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Щёктова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/
Шляхто Е.В., Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 816 с.	Режим доступа к электронному ресурсу: по личному логину и паролю в электронной библиотеке: ЭБС Консультант студента http://www.studmedlib.ru/

10. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

Описание ресурса	Ссылка на интернет ресурс
Электронные версии журналов, полнотекстовые статьи по медицине и биологии электронной научной библиотеки	https://elibrary.ru/
Многопрофильный образовательный ресурс, доступ к учебной литературе и дополнительным материалам	http://www.studentlibrary.ru/
Электронная библиотечная система	http://www.iprbookshop.ru/
Федеральная электронная медицинская библиотека.	https://femb.ru
Медико-биологический информационный портал для специалистов	http://www.medline.ru
Медицинский видеопортал	http://www.med-edu.ru/
Русский медицинский журнал	http://www.rmj.ru
Медицинская on-line библиотека	http://med-lib.ru
Библиотека медицинских книг	http://medic-books.net
Книги и учебники по медицине	https://www.booksmed.com/
Русский медицинский сервер	http://www.rusmedserv.com
Справочник лекарств по ГРЛС Минздрава РФ	http://www.medi.ru

11. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ

Информационные и образовательные технологии:

1. использование видео- и аудио- материалов (при наличии)
2. организация взаимодействия с обучающимися посредством электронной почты,

Комплект лицензионного программного обеспечения:

1. Office Standard 2016
2. Office Standard 2019
3. Microsoft Windows 10 Professional
4. Отечественное программное обеспечение:
5. Антивирусный пакет Dr.Web Desktop Security Suite (Комплексная защита)
Единая информационная система управления учебным процессом "ТАНДЕМ. Университет"
СЭД "Тезис"
МИС "Медиалог"
6. Свободно распространяемое программное обеспечение:
Операционная система CentOS 7
Лицензия GNU GPL
Операционная система Ubuntu 14
Лицензия GNU GPL
Операционная система Ubuntu 16
Лицензия GNU GPL
7. Система дистанционного обучения "Moodle"

- Лицензия GNU GPL
8. Офисный пакет "LibreOffice"
Лицензия Mozilla Public License, version

12. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ПРАКТИКЕ

Производственная (клиническая) практика проводится в структурных подразделениях Медицинского университета «Реавиз» и на базах медицинских учреждений, с которыми заключены договоры на организацию практической подготовки в помещениях, предусмотренных для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанных с медицинскими вмешательствами, оснащенных специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, в соответствии со справкой материально-технического обеспечения.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ

для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Содержание высшего образования по программам ординатуры и условия организации обучения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной программой ординатуры, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Обучение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется на основе программ ординатуры, адаптированных для обучения указанных обучающихся

Обучение по программам ординатуры инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется Медицинским университетом «РЕАВИЗ» с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся

Медицинским университетом «РЕАВИЗ» созданы специальные условия для получения высшего образования по программам ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Под специальными условиями для получения высшего образования по программам ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения таких обучающихся, включающие в себя

- Использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания,
- специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального использования,
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь,
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий,
- обеспечение доступа в здания организаций и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение программ ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности получения высшего образования по программам ординатуры инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья Медицинским университетом «РЕАВИЗ» обеспечивается:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информация выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне);
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
 - обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной
 - обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения,

При получении высшего образования по программам ординатуры обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно услуги сурдопереводчиков.

При получении высшего образования по программам ординатуры обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно учебные пособия, иная учебная литература.

Шаблон индивидуального задания в период прохождения производственной практики.

	Руководитель практики от клинической базы	Ф.И.О.
	Руководитель практики от Московского Медицинского университета «Реавиз»	Ф.И.О.

Дата:

**Индивидуальное задание ординатора
в период прохождения производственной практики.
Специальность Терапия**

« _____ ».

Ф.И.О. ординатора _____

_____ группа _____

Манипуляции/действия	Количество

Критерии заключения руководителя практики от Московского Медицинского университета «Реавиз»

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела программы практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках раздела практики сформированы.
- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках раздела практики не сформированы.

Шаблон отчета прохождения производственной практики.

	Руководитель практики от Московского Медицинского университета «Реавиз»	Ф.И.О.
--	---	--------

Дата:

**Отчет
Производственная практика
Специальность: *Терапия***

Ф.И.О. ординатора _____ группа _____

с _____ по _____

№	Манипуляции/действия	Отметка о выполнении		
Организационный этап «__»__20__	Знакомство с базой прохождения практики			
	Знакомство с руководителем практики от базы, графиком прохождения практики			
	Ознакомление с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка. <i>Примечание:</i> инструктаж проводит руководитель практики от базы практики			
Клинический этап/производственный С«__»__20__ По «__»__20__	Манипуляции/действия	Запланированное количество	Отметка о выполнении	Количество выполненных действий (из сводного итогового отчета)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Заключение руководителя практики от Московского Медицинского университета «Реавиз»:

Шаблон сводного итогового отчета по практике

**Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Московский Медицинский университет Реавиз»**

	Руководитель практики от Московского Медицинского уни- верситета «Реавиз»	Ф.И.О.
--	--	---------------

Дата:

Производственная практика

Специальность _____

Раздел

—

Факультет _____

Ф.И.О. ординатора _____ /Группа

Сводный итоговый отчет по практике (заполняется по каждому разделу практики)

Манипуляции/действия	Количество	Выполнено

	Руководитель от «Московского Медицинского университета «Реавиз»	Ф.И.О.
	Руководитель от профильной организации	Ф.И.О.

**Частное учреждение образовательная организация
высшего образования «Московский Медицинский университет «Реавиз»**

Рабочий график (план) проведения практики:

Производственная практика _____

« _____ »

(наименование практики)

(шифр и наименование специальности)

Срок прохождения практики: _____ - _____

Руководитель от «Московского Медицинского университета «Реавиз»

Наименование профильной организации:

Руководитель от профильной организации:

№ п\п	ФИО обучающегося	№ группы	Планируемые работы

	Руководитель от «Московского Медицинского университета «Реавиз»	Ф.И.О.
	Руководитель от профильной организации	Ф.И.О.

**Частное учреждение образовательная организация
высшего образования «Московского Медицинский университет «Реавиз»**

Исх б\н

От _____

Совместный рабочий график(план) проведения практики:

Производственная практика _____ « _____ »
(наименование практики)

(шифр и наименование специальности)

(Наименование профильной организации)

№ п\п	№ группы	ФИО обучающегося	Сроки прохождения практики