

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КОЛЛЕДЖ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРАВА»  
(АНО СПО «КИТП»)**

**ПМ.01 Диагностическая деятельность**

**МДК.01.01 Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел 01.01.01 Пропедевтика и диагностика в терапии с вопросами фтизиатрии**

**СБОРНИК ЗАДАЧ**

**для организации самостоятельной работы обучающихся на практических занятиях  
специальность 31.02.01 Лечебное дело**

Щелково, 2022 г.

Рассмотрено  
на заседании ЦМК  
Протокол № 4 от «28» августа 2022 г.

**Утверждено**  
на заседании МС  
Протокол № 4 от «28» августа 2022 г.

Директор АНО СПО «КОЛЛЕДЖ  
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И  
ПРАВА»

:

Преподаватель АНО СПО «КИТП»

Сборник содержит ситуационные задачи к практическим занятиям по ПМ.01 Диагностическая деятельность, МДК.01.01 Пропедевтика клинических дисциплин. Раздел 01.01.01 Пропедевтика и диагностика в терапии с вопросами фтизиатрии. По каждой теме предлагается несколько ситуационных задач, решение которых позволит обучающимся освоить симптомы заболевания и развить клиническое мышление, использовать данные лабораторных и инструментальных методов исследования для постановки предварительного и окончательного диагнозов.

Настоящий сборник предназначен для работы обучающихся специальности 31.02.01 Лечебное дело на практических занятиях. Материалы сборника могут быть использованы обучающимися при подготовке к промежуточной аттестации по ПМ.01 Диагностическая деятельность.

### **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Основной задачей программы базовой подготовки кадров среднего звена по специальности 31.02.01. Лечебное дело является высокоэффективное обучение квалифицированных специалистов – фельдшеров, отвечающих требованиям современной медицины.

Настоящий сборник задач предназначен для самостоятельной работы обучающихся на практических занятиях специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Содержание сборника соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта и рабочей программе.

Все задачи сборника имеют профессиональную направленность, решение которых способствует формированию профессиональных и общих компетенций:

ПК 1.1. Планировать обследования пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.4. Проводить диагностику беременности

ПК 1.5. Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребенка

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

### **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

«5» **ОТЛИЧНО** – правильно и полно сформулирован диагноз, определен объём дополнительного обследования. определены показания к госпитализации, определены принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения, определены необходимые группы лекарственных средств, показания, противопоказания, побочные явления. Определены критерии эффективности проводимого лечения.

«4» **ХОРОШО** – правильно и полно сформулирован диагноз, определена тактика лечения пациента. Определены показания к госпитализации. Определены принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения. Есть неточности в определении группы лекарственных средств, показаний, противопоказаний, побочных явлений, критериев эффективности проводимого лечения.

«3» **УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – диагноз определен правильно, но сформулирован с ошибками. Не точно определены показания к госпитализации. Определены основные принципы лечения пациента, но есть недочеты в определении группы лекарственного средства, показаний, противопоказаний, побочных явлений, критериев эффективности проводимого лечения.

«2» **НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – Диагноз определен неправильно. Не определены показания к госпитализации, основные принципы лечения пациента, группы лекарственных препаратов, показаний, противопоказаний, побочных явлений, критериев эффективности проводимого лечения.

## СОДЕРЖАНИЕ

№ п/п	Наименование темы	Страницы
1.	ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	3
2.	Тема 1. Диагностика болезней органов дыхания. Бронхит. Хроническая обструктивная болезнь лёгких.	5
3.	Тема 2. Диагностика болезней органов дыхания. Бронхиальная астма. Дыхательная недостаточность.	8
4.	Тема 3. Диагностика болезней органов дыхания. Пневмония. Плеврит.	10
5.	Тема 4. Диагностика болезней органов дыхания. Нагноительные заболевания легких.	11
6.	Тема 5. Диагностика болезней системы кровообращения. Артериальная гипертензия.	12
7.	Тема 6. Диагностика болезней системы кровообращения. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда	15
8.	Тема 7. Диагностика болезней системы кровообращения. Сердечная недостаточность.	19
9.	Тема 8. Диагностика болезней системы кровообращения. Хроническая ревматическая болезнь. Приобретенные пороки сердца.	21
10.	Тема 9. Диагностика болезней органов пищеварения. Эзофагиты. Хронический гастрит. Функциональная диспепсия.	22
11.	Тема 10. Диагностика болезней органов пищеварения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	25
12.	Тема 11. Диагностика болезней органов пищеварения. Гепатиты.	26
13.	Тема 12. Диагностика болезней органов пищеварения. Энтериты. Колиты. Неспецифический язвенный колит. Синдром раздражённого кишечника.	28
14.	Тема 13. Диагностика болезней мочевыводящей системы. Нефриты.	29
15.	Тема 14. Диагностика заболеваний эндокринной системы. Сахарный диабет.	30
16.	Тема 15. Диагностика заболеваний эндокринной системы. Заболевания щитовидной железы.	31
17.	Тема 16. Диагностика болезней крови. Анемии.	32
18.	Тема 17. Диагностика болезней крови. Лейкозы. Идиопатическая пурпура.	33
19.	Тема 18. Диагностика болезней опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Подагра.	34
20.	Тема 19. Диагностика аллергозов.	35
21.	ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	37
22.	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	80

## Тема 1.

### Диагностика болезней органов дыхания. Бронхит. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ).

#### Задача № 1.

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

*Объективно:* температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные, сухие, жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в 1 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.

#### Задача № 2

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

*Объективно:* температура 37,50С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите клинические синдромы
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

#### Задача № 3.

К фельдшеру на ФАП обратился больной Р., 48 лет, шофер, с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты, одышку при ходьбе и небольшой физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,5°С, потливость, головная боль, общая слабость.

Кашель беспокоит в течение 20 лет, сначала сухой, затем с небольшим количеством гнойной мокроты, объем которой постепенно увеличивался. Последние 5 лет, преимущественно весной и осенью (после охлаждения), кроме усиления кашля стала повышаться температура тела до 37,2°С. За медицинской помощью не обращался, не лечился. Настоящее ухудшение в течение 2 недель, когда после охлаждения усилился кашель с отхождением гнойной мокроты, повысилась температура до 37,5°С. Обратился к врачу в поликлинике. Вредные привычки - курит с 20 лет по 1-1,5 пачке сигарет в день.

*Объективно:* Состояние удовлетворительное. Кожные покровы цианотичны, повышенной влажности. Грудная клетка расширена в переднезаднем направлении. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне ослабленного дыхания выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы, выдох удлинен. ЧДД 26 в мин. Со стороны других органов и систем без особенностей.

#### **Задания**

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

#### **Задача № 4.**

К фельдшеру ФАП обратился больной О., 59 лет, пенсионер с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, переходе из теплого помещения в холодное, кашель со слизисто-гноющей мокротой до 0,5 стакана в сутки, общую слабость, потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель беспокоит с 18 лет. До 40летнего возраста кашель был периодический, неинтенсивный с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, увеличилось количество выделяемой мокроты, характер ее стал слизисто-гноющим.

*Объективно:* состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 3 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Одышка (ЧДД - 24 в минуту) преимущественно экспираторного характера. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие, ритм сердца правильный. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

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

#### **Задача № 5.**

Больной 55 лет, жалобы на одышку с затрудненным выдохом, кашель с мокротой желтозеленого цвета, потливость, познабливание, отеки голеней. Курит с 18 лет по 1 пачке в день. Около 25 лет в холодное время года беспокоит кашель с мокротой, около 20 лет - одышка с затрудненным выдохом. Самочувствие ухудшилось неделю назад после переохлаждения.

*Объективно:* состояние средней тяжести, диффузный цианоз с сероватым оттенком. Голени отечны. В эпигастрии определяется пульсация. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 25 в мин. При аускультации дыхание ослаблено, по всем полям сухие свистящие хрипы. Правая граница сердца в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на легочном стволе. Пульс 110 в мин, ритмичный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. ОАК: эр. 5,5x10<sup>12</sup>/л, Нб 165 г/л, Л 9,5x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 20 мм/ч. ЭКГ: гипертрофия правых отделов сердца.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

## Тема 2.

### Диагностика болезней органов дыхания. Бронхиальная астма. Дыхательная недостаточность.

#### Задача № 1.

Больной А., 36 лет, обратился фельдшеру ФАП с жалобами на периодически возникающие приступы удушья, одышку с затрудненным выдохом. Данное состояние возникает днем не чаще одного раза в неделю, ночные приступы - не чаще одного раза в месяц. Приступы длятся по 15-30 мин и купируются самостоятельно. Последний приступ произошел сегодня ночью.

*Объективно:* состояние удовлетворительное; в легких - везикулярное дыхание, проводящееся во все отделы, хрипов нет; ЧДД - 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. PS = ЧСС = 76 уд./мин, ритмичный. Анамнез: без особенностей **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данной пациентки.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

#### Задача № 2.

Больной М., 43 года, обратился в ФАП с жалобами на периодически возникающие приступы удушья, которые возникают днем 1-2 раза в неделю, как правило, при выходе на холод и 1-2 раза в месяц ночью. На этой неделе приступов не было.

*Объективно:* состояние удовлетворительное; в легких - везикулярное дыхание, проводящееся во все отделы, хрипов нет; ЧДД - 14 за 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст. PS = ЧСС = 60 уд./мин, ритмичный. Анамнез: считает себя здоровым человеком.

#### **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

#### Задача № 3

Больной Ю., 27 лет, в мае обратился в ФАП с жалобами на периодически возникающие приступы удушья, одышку с затрудненным выдохом, слабость. Приступы возникают 1 раз в неделю в дневное время и 1 раз в месяц ночью. Заболевание носит сезонный характер и возникает только в мае-июне, в период цветения тополя.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, острый конъюнктивит, острый ринит; в легких - везикулярное дыхание, проводящееся во все отделы, хрипов нет; ЧДД - 16 за 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст. PS = ЧСС = 74 уд./мин, ритмичный.

Анамнез: аллергия на пыльцу растений, бытовую пыль.

#### **Задания.**



1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### Задача № 4.

Больной С., 58 лет, обратился в ФАП с жалобами на периодически возникающие приступы удушья и одышки с затрудненным выдохом, кашель с выделением незначительного количества вязкой слизисто- гнойной мокроты. Приступы возникают днем 1-2 раза в неделю, а ночью - примерно 2 раза в месяц. Последний приступ был позавчера ночью, длился около 4 ч и купировался самостоятельно.

*Объективно:* состояние удовлетворительное; в легких - жесткое дыхание, справа, в нижних отделах - рассеянные сухие хрипы; ЧДД - 16 за 1 мин. Сог: тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 140/80 мм рт. ст. (рабочий уровень АД 140/80 мм рт. ст.). PS = ЧСС = 84 уд./мин, ритмичный. Анамнез: хронический бронхит.

#### Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### Задача № 5.

Больной В., 52 года, обратился в ФАП с жалобами на периодически возникающие приступы удушья, чувство нехватки воздуха, одышку с затрудненным выдохом, возникающими, как правило, после незначительной физической нагрузки, днем 3-6 раз в неделю и ночью 2-3 раза в месяц. Приступы протекают длительно, по 2-4 ч, сильно изматывают больного, что сказывается на его работоспособности; последний приступ произошел сегодня ночью.

*Объективно:* состояние средней тяжести; кожные покровы бледные, наблюдается акроцианоз; грудная клетка бочкообразной формы; дыхательная экскурсия ослаблена. При перкуссии над легкими - коробчатый звук. В легких - ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы; ЧДД - 19 за 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. АД 190/80 мм рт. ст. . PS = ЧСС = 88 уд./мин, ритмичный. Анамнез: частые бронхиты; за последние два года трижды перенес пневмонию.

#### Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

#### Задача № 6.

Больной И., 60 лет, обратился в ФАП с жалобами на чувство нехватки воздуха, одышку с затрудненным выдохом; частые приступы удушья, которые возникают как днем, так и ночью по несколько раз в неделю. Приступы удушья длятся по 3-5 часов. Последний приступ удушья

произошел сегодня утром. Частые приступы удушья привели к полной нетрудоспособности больного.

*Объективно:* состояние средней тяжести, пациент вялый, заторможенный; кожные покровы резко бледные, влажные, наблюдается выраженный акроцианоз; грудная клетка бочкообразная, с уменьшенной дыхательной экскурсией; межреберные промежутки расширены. При перкуссии над легкими - коробочный звук. Дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы; ЧДД - 20 за 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. АД 115/70 мм рт. ст. PS = ЧСС = 86 уд./мин, ритмичный.

Анамнез: с 47 лет страдает хроническим бронхитом; пневмонии - не реже 1-2 раз в год.

#### **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

### **Тема 3.**

#### **Диагностика болезней органов дыхания. Пневмония. Плеврит.**

##### **Задача № 1**

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, головная боль, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

*Объективно:* температура - 38,60С. 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. Расскажите о прогнозе заболевания.

##### **Задача № 2.**

Фельдшер ФАП вызван на дом к мужчине 42 лет, который жалуется на подъем температуры до 38,5°, кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, умеренную одышку в покое. Заболел неделю назад, когда после переохлаждения появились симптомы ОРВИ. Наблюдался постепенный подъем температуры от 37,2° до 38,5°; кашель – лающий, сухой - постепенно становился влажным, вначале с отделением слизистой, а затем слизисто-гноющей мокроты. Со вчерашнего дня ощущает небольшую одышку.

*Объективно:* кожные покровы слегка гиперемированы. PS - 84 удара в минуту, обычных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. температура 38,5°, число дыхательных движений – 24 в минуту. В легких справа в области угла лопатки перкуторный звук притуплен, здесь же дыхание несколько

жестковатое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Выделите основной клинический синдром.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

#### **Задача № 3.**

Фельдшер ФАП вызван на дом к женщине 46 лет. Ее беспокоит подъем температуры до 39,6°, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле, одышка в покое. Заболела три дня назад. После сильного переохлаждения отмечала потрясающий озноб, повышение температуры до 39°-40°, одышку, со вчерашнего дня стала ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты.

*Объективно:* состояние тяжелое. Лежит с возвышенным головным концом. Отмечается гиперемия правой щеки, герпес на губах, цианоз носогубного треугольника. T=39°, PS=98 в минуту, слабый. АД 90/60 мм рт. ст. Число дыханий 38 в минуту. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки – значительное притупление; при аускультации здесь же дыхание бронхиальное, выслушиваются крепитация и шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Стул, диурез – в норме.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Выделите основной клинический синдром.
3. Назовите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.

#### **Задача № 4.**

К фельдшеру ФАП обращается рабочий с жалобами на боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Боль усиливается при кашле, наклоне туловища влево. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может.

*Объективно:* t=37,4°, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими – ясный легочной звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, чистые.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

### **Тема 4.**

#### **Диагностика болезней органов дыхания. Нагноительные заболевания легких.**

#### **Задача № 1.**

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру 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 37,40С. 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 стекол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких 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.

### **Задача № 2**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

*Объективно:* температура 38,50С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

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

### **Тема 5.**

#### **Диагностика болезней системы кровообращения. Артериальная гипертензия.**

#### **Задача № 1.**

К фельдшеру обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

*Объективно:* температура 36,5<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

### Задача № 2

Вы работаете на здравпункте. К Вам обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голенях.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.
5. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.

### Задача № 3.

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались 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 36,4<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи 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. Ваша тактика в отношении данного пациента
5. Расскажите о прогнозе заболевания.

### Задача №4.

Больной К., 63 года, обратился в ФАП с жалобами на постоянную головную боль, головокружение, тошноту, дискомфорт в области сердца, периодически возникающие носовые кровотечения, снижение умственной и физической работоспособности. Считает себя больным в течение ряда лет, однако за медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы лица гиперемированы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 170/105 мм рт. ст. PS = ЧСС = 98 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Артерии сетчатки глаза сужены. Анамнез: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, остеохондроз. Мать страдала гипертонической болезнью. **Задания**

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

#### **Задача №5.**

Больной Ф., 43 года, обратился в ФАП с жалобами на постоянную тяжесть в затылке, головокружение, шум в ушах. Подобное состояние наблюдается 1-1,5 месяца. Ранее за медицинской помощью не обращался: считал себя здоровым человеком.

Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 140/100 мм рт. ст. PS = ЧСС = 88 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ — без патологии. Анамнез - без особенностей. **Задания**

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

#### **Задача №6.**

Больной М., 57 лет, обратился в ФАП с жалобами на периодически возникающие покраснение лица, боли в затылке, тошноту, рвоту, тяжесть за грудиной. В анамнезе около 3-х лет постоянно повышенное АД при СКАД (самостоятельный контроль АД).

Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке мягкий систолический шум. АД 160/100 мм рт. ст. PS = ЧСС = 64 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Артерии сетчатки глаза сужены. Анамнез - сахарный диабет II типа, диабетическая нефропатия в течение 2-х лет. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите степень, стадию, риск гипертонической болезни у данного пациента.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента,

#### **Задача №7.**

Больной П., 51 год, обратился в ФАП с жалобами на шум в голове, головную боль, головокружение. Вчера вечером появились тошнота, однократная рвота, резкая боль в затылке, затем развилось сильное носовое кровотечение. После приема одной таблетки Коринфара (по совету жены) самочувствие улучшилось.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы без особенностей. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 175/100 мм рт. ст. PS = ЧСС = 62 уд./мин, ритмичный.

Глазное дно: артерии сетчатки глаза извилисты, сужены. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Анамнез: в течение ряда лет отмечался подъем АД после напряженной работы, однако за медицинской помощью не обращался. **Задания**

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

### **Задача №8.**

Больной А., 60 лет, обратился в ФАП с жалобами на постоянную головную боль, шум в ушах, чувство нехватки воздуха, отеки на ногах. В последние дни головная боль усилилась, появился дискомфорт в области сердца, слабость, нарушился сон.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, наблюдается акроцианоз, периферические отеки. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке мягкий систолический шум. АД 190/105 мм рт. ст. PS = ЧСС = 116 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, рубцовые изменения миокарда. Анамнез: ИБС, ОИМ 3-летней давности, постинфарктный коронарокардиосклероз. **Задания**

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

## **Тема 6.**

### **Диагностика болезней системы кровообращения. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда**

#### **Задача № 1.**

Вызов фельдшера ФАП на дом. Больная 42 лет жалуется на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин. Снята ЭКГ- сегмент ST выше изолинии, высокий зубец T, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования больная потеряла сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

#### **Задача № 2.**

Больной М., 49 лет, вызвал бригаду «СП» с жалобами на боли за грудиной давящего, жгучего характера с иррадиацией в шею. Боли длительностью около 10 мин были купированы ингаляцией одной дозы Нитроспрея. Ранее подобные приступы никогда не возникали.

*Объективно:* состояние относительно удовлетворительное, болей нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. PS = ЧСС = 76 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - без патологии. Анамнез - без особенностей.

**Задания**

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

**Задача № 3.**

К фельдшеру ФАП обратился пациент 42 лет. Жалобы на боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боли длились 8 минут и купировались одной таблеткой нитроглицерина. Данное состояние развилось после тяжелой психоэмоциональной нагрузки. На момент осмотра: состояние удовлетворительное, болей нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. PS = ЧСС = 72 уд./мин, ритмичный. ЭКГ без особенностей. Анамнез: подобные приступы возникают 1-2 раза в месяц после тяжелой физической или психоэмоциональной нагрузки; в остальном анамнез без особенностей. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

**Задача № 4.**

Больной В., 44 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев..

*Объективно:* температура 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая.

Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 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.

**Задача № 5.**

После значительной физической нагрузки мужчина 35 лет стал отмечать давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, руку. Боль сопровождалась резкой слабостью, чувством нехватки воздуха, страхом смерти и продолжалась 15 мин. Во время приступа пациент обратился к фельдшеру ФАП.

*Объективно:* кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 80 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента



### Задача № 6.

Больной Б., 65 лет, обратился в ФАП с жалобой на регулярно возникающие боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку и руку при подъеме на третий этаж. Боли длятся 5-7 минут и купируются одной таблеткой нитроглицерина.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, болей нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 160/100 мм рт. ст. PS = ЧСС = 93 уд./мин, ритмичный. ЭКГ - без особенностей. Анамнез: гипертоническая болезнь.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

### Задача № 7.

Больной У., 87 лет, обратился в ФАП с жалобой на боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и шею, длящиеся по 10-12 минут и купирующиеся 1 -2 таблетками нитроглицерина п/я.

Боли возникают после незначительной физической нагрузки и в покое.

*Объективно:* болей нет, состояние относительно удовлетворительное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке мягкий систолический шум. АД 165/110 мм рт. ст.

PS = ЧСС = 61 уд./мин, ритмичный. ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, признаков очаговой патологии миокарда нет. Анамнез: ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь II Б, дисциркуляторная энцефалопатия.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

### Задача № 8.

Больной А., 51 год, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на резкие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и в руку, длящиеся по 5-8 минут и плохо купирующиеся нитроглицерином. Подобные состояния возникают в одно и то же время суток (утром) 1 -2 раза в месяц и не связаны с физической или психоэмоциональной нагрузкой. Отмечает высокую толерантность к физической нагрузке.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, болей нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 130/80 мм рт. ст. PS = ЧСС = 76 уд./мин, ритмичный. ЭКГ - без патологии. Анамнез без особенностей.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

### Задача № 9.

Больной М., 54 года, обратился в ФАП с жалобой на боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, возникающие 1-2 раза за ночь, длящиеся по 5-8 мин, которые купируются одной таблеткой нитроглицерина per os. Ночные боли появились 5 дней назад и повторяются каждую ночь. Ранее ангинозные приступы развивались только на фоне физической нагрузки. *Объективно*: состояние относительно удовлетворительное, болей нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 140/90 мм рт. ст. PS = ЧСС = 108 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - признаков очаговой патологии миокарда нет. Анамнез: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь II А.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### **Задача №10.**

Больной К., 60 лет, вызвал бригаду «03» с жалобами на возникновение в течение суток нескольких приступов болей за грудиной длительностью от 8 до 15 мин и плохо купирующихся нитроглицерином. Боли иррадируют в левую лопатку и руку. Ангинозные приступы развиваются после незначительной физической нагрузки. Ранее ангинозные приступы возникали 1-2 раза в неделю и хорошо купировались нитроглицерином.

*Объективно*: состояние средней тяжести, жалобы на боли в сердце. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет. АД 130/70 мм рт. ст. PS = ЧСС = 96 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - косовосходящая депрессия сегмента ST.

Анамнез: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь II Б.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### **Задача № 11.**

Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

*Объективно*: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8<sup>0</sup>С.

Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

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

#### **Задача № 12.**

К фельдшеру медпункта доставлен пациент 62 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Жалуется на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера, с иррадиацией в левую лопатку. В начале приступа дважды принимал сублингвально нитроглицерин. Эффекта не отмечает. Продолжительность приступа 40 мин. *Объективно:* Цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек без особенностей. Выслушивается ослабленный I тон над верхушкой сердца. Пульс 60 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ смещение сегмента ST выше изолинии в грудных отведениях, высокий зубец T.

#### **Задания**

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

#### **Задача № 13.**

Вызов фельдшера ФАП на дом к пациенту 68 лет. Отмечает незначительные боли в сердце, внезапно возникшее затруднение дыхания, кашель с выделением розовой мокроты.

*Объективно:* состояние тяжелое, акроцианоз. ЧДД 36 в мин. Затруднены вдох и выдох. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 110 уд./мин. Мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. На ЭКГ широкий, глубокий зубец Q, сегмент ST выше изолинии. **Задания**

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

#### **Задача № 14.**

Фельдшер ФАП вызван на дом к мужчине 53 лет. В анамнезе хронический алкоголизм. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи.

*Объективно:* опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 85/60 мм рт.ст. Для исключения инфаркта миокарда фельдшер снял пациенту ЭКГ, где обнаружил изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом T (монофазная кривая).

#### **Задания**

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

#### **Задача № 15.**

Мужчина, 38 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

*Объективно:* кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Для исключения инфаркта миокарда фельдшер сняла пациенту ЭКГ, где обнаружила изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом T (монофазная кривая).

#### **Задания**

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

### Задача № 16.

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

*Объективно:* температура 36,4<sup>0</sup>С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз.

Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабо болезненная.

#### Задания

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

### Тема 7.

#### Диагностика болезней системы кровообращения.

#### Сердечная недостаточность.

### Задача № 1.

Больной К., 53 года, обратился в ФАП с жалобами на одышку с затрудненным вдохом, кашель со слизистой мокротой, сердцебиение, слабость, тяжесть и боли в правом подреберье, периодическое появление отеков на ногах. Одышка возникает при незначительной физической нагрузке.

*Объективно:* состояние относительно удовлетворительное; кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипноэ 26 дыхательных движений в 1 мин; отеки на ногах; в легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, верхушечный толчок разлитой, смещен влево. АД 150/90 мм рт. ст. PS = ЧСС =106 уд./мин, аритмичный. На ЭКГ - синусовая тахикардия, рубцовые изменения миокарда, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Анамнез: ИБС, ОИМ 5-летней давности, постинфарктный коронарокардиосклероз, пароксизмальная мерцательная тахикардия.

#### 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.

### Задача № 2.

Больной А., 56 лет, обратился в ФАП с жалобами на одышку с затрудненным вдохом («не хватает воздуха»), сердцебиение, возникающие при значительной физической нагрузке и при

быстрой ходьбе по ровной местности, быструю утомляемость. Считает себя больным в течение 4-5 месяцев.

*Объективно:* состояние относительно удовлетворительное; кожные покровы бледные; в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 145/90 мм рт. Ст. PS = ЧСС = 96 уд./мин, ритмичный. На ЭКГ - ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения миокарда левого желудочка.

Анамнез: ИБС, 2 года назад перенес острый трансмуральный инфаркт миокарда, постинфарктный коронарокардиосклероз.

#### **Задания**

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

### **Задача № 3.**

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

*Объективно:* температура 36,4<sup>0</sup>С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболлезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболлезненная.

#### **Задания**

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

## **Тема 8.**

### **Диагностика болезней системы кровообращения.**

#### **Хроническая ревматическая болезнь. Приобретенные пороки сердца.**

### **Задача № 1.**

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

*Объективно:* температура 37,4<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

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

### **Задача № 2.**

На ФАП обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

*Объективно:* температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 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 пациентки

### **Задача № 3.**

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

*Объективно:* температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

### **Задача № 4.**

К фельдшеру обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

*Объективно:* температура 36,8<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется

диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 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

#### **Задача № 5.**

К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

*Объективно:* температура 36,7<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 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

### **Тема 9.**

#### **Диагностика болезней органов пищеварения. Эзофагиты. Хронический гастрит. Функциональная диспепсия.**

#### **Задача № 1.**

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

*Объективно:* температура 36,6<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной 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

#### **Задача № 2**

Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает

похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь. *Объективно:* общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно - сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

### **Задача № 3.**

Вы - фельдшер ФАП. К вам обращается пациент 47 лет с жалобами на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение.

*Объективно:* пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный.

#### **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.

### **Задача № 4.**

Пациентка Н., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся натощак, ощущение тяжести в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита и потерю веса около 4 кг за последние 1,5-2 месяца. Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в подложечной области, без четкой связи с приемом пищи, тошнота, позывы к рвоте, периодически изжога после погрешностей в диете. Боли несколько облегчались после приема соды или щелочной минеральной воды.

В поликлинике по месту жительства проведено рентгенологическое исследование желудка, при котором было выявлено следующее: натощак значительное количество жидкости, утолщение складок, живая перистальтика, луковица 12-перстной кишки не изменена.

Лечилась амбулаторно. Принимала гастропепин и но-шпу, с кратковременным эффектом. В дальнейшем боли возобновлялись после нарушения диеты (острое, жареное, жирное), четкой сезонности обострений не было.

Настоящее обострение около двух месяцев, когда после нарушения диеты (съела грибную солянку) возобновились боли в подложечной области, появились изжога, отрыжка кислым, в дальнейшем присоединились тошнота, позывы к рвоте, исчез аппетит, потеряла в весе за время обострения около 4 кг. Прием но-шпы не принес облегчения. Поступила в клинику для обследования и лечения.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. Питание несколько снижено. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 68 в минуту. При



пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и пилородуоденальной областях, печень, селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроциты - 4,3 млн, гемоглобин -12,7 гр%, лейкоциты - 6,7 тыс., формула крови без особенностей, СОЭ - 11 мм/ч.

Анализ кала на скрытую кровь отрицательный.

При рН-метрии: базальная секреция 1,5, после стимуляции 1,2.

При ЭГДС: пищевод без изменений, кардия смыкается полностью. Слизистая желудка гиперемирована, в желудке натошак много прозрачной жидкости и слизи. Складки слизистой резко утолщены, извиты, в антральном отделе подслизистые кровоизлияния и плоские эрозии. Луковица 12-перстной кишки не изменена.

Взята биопсия из антрального отдела желудка: гиперплазия слизистой, базальная мембрана не изменена, местами имеются скопления лимфоидных элементов, а также очаги кишечной гиперплазии. Множество *Helicobacter pylori* на поверхности и в глубине ямок.

#### **Задания:**

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

#### **Задача № 5**

Пациент Д., 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и тяжесть в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, иногда тухлым, неустойчивый стул (до трех раз в сутки), вздутие живота, слабость, недомогание, похудание на 3 кг за последние два месяца.

Болен в течение 10 лет, когда впервые появились чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул. Дискомфорт в верхней половине живота, неустойчивый стул возникали периодически, чаще были связаны с нарушением диеты (жирная, жареная пища, прием алкоголя) и проходили через некоторое время самостоятельно. К врачам не обращался, не лечился. В последние пять лет диспептические расстройства стали беспокоить чаще. В поликлинике по месту жительства при исследовании желудочного содержимого, со слов пациента, были выявлены признаки снижения секреторной функции желудка. ЭГДС не проводилась. Лечился но-шпой, ферментными препаратами (мезим-форте, фестал), с кратковременным положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение последних двух месяцев, когда стали нарастать диспептические явления, похудел на 3 кг.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, атрофия и сглаженность сосочков языка, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, ангулярный стоматит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс -68 в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации разлитая болезненность в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроциты - 5,3 млн, гемоглобин -11,5 гр%, лейкоциты - 6, 2 тыс., цветной показатель - 0,98, формула крови без особенностей, СОЭ - 12 мм/ч.

При исследовании кала проба с бензидином отрицательная. При рН-метрии: базальная секреция 4,5, после стимуляции 3,0. Гастродуоденоскопия: пищевод не изменен, в желудке небольшое количество жидкости, складки слизистой сглажены, слизистая желудка бледная, атрофичная. Взята биопсия слизистой из тела желудка (атрофия железистого эпителия, признаки кишечной метаплазии, минимальные признаки воспаления, *Helicobacter pylori* антитела к *Helicobacter pylori* обнаружены).

**Задания:**

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

**Задача № 6**

Пациент В., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на однократную необильную рвоту кровью. Из анамнеза известно, что примерно с 20 лет периодически наблюдались ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. Ночных и голодных болей никогда не было. Обострения отмечались почти ежегодно, независимо от времени года. При гастродуоденоскопии выявлялись признаки хронического гастрита. Обострения заканчивались самостоятельно через 2-3 недели после соблюдения диеты и приема но-шпы и альмагеля. В день госпитализации через 2-3 часа после обеда (ел острую, горячую пищу, пил вино) внезапно появились тошнота и рвота сначала желудочным содержимым, а затем небольшим количеством алой крови.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. Пациент немного бледен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, пульс - 80 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в пилородуоденальной области, печень и селезенка не увеличены. Стул нормальный.

В общем анализе крови: гемоглобин -13,8 гр%, гематокрит - 47%. При экстренной ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, желудок содержит небольшое количество жидкости с примесью крови. Складки слизистой несколько утолщены, извиты, слизистая гиперемирована. По передней стенке тела желудка множественные мелкие, местами сливающиеся, свежие эрозии.

**Задания.**

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

**ТЕМА 10.****Диагностика болезней органов пищеварения  
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.****Задача № 1.**

К фельдшеру ФАП обратился пациент А., 36 лет, с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

*Объективно:* общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

**Задача № 2.**

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. *Объективно:* общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожножировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно - сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

**Задача № 3.**

К фельдшеру ФАП обращается пациент 25 лет с жалобами на боль эпигастральной области натошак, в ночное время, через 1,5-2 часа после еды. Боль купируется приемом пищи (молоко с содой). На высоте боли иногда возникает рвота кислым содержимым, приносящая облегчение. *Объективно:* язык у корня обложен беловатым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Стул – склонность к запорам.

**Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.

**ТЕМА 11.**

**Диагностика болезней органов пищеварения. Гепатиты.**

**Задача № 1.**

Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

*Объективно:* температура 37,30С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

#### **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

### **Задача № 2.**

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

*Объективно:* температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболлезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

### **Задача № 3.**

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет.

*Объективно:* температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом.

Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента

### **ТЕМА 12.**

#### **Диагностика болезней органов пищеварения . Энтериты. Колиты. Неспецифический язвенный колит. Синдром раздражённого ишечника.**

##### **Задача № 1**

К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

*Объективно:* температура 36,9<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются “заеды”. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

#### **Задания**

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

##### **Задача № 2**

К фельдшеру обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

*Объективно:* температура тела 37,1<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

#### **Задания**

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

##### **Задача № 3.**

К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды

в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

*Объективно:* температура 37,2<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

#### **Задания**

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

### **ТЕМА 13.**

#### **Диагностика болезней мочевыводящей системы. Нефриты.**

##### **Задача №1**

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной красноватой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

*Объективно:* температура 37,7<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голених. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

#### **Задания**

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

##### **Задача № 2**

Больной В., 26 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте переболел гломерулонефритом. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

*Объективно:* температура: 37,2<sup>0</sup> С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне - ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в 1 мин., АД 180/100мм.рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

#### **Задания**

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

##### **Задача №3**

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 42 лет. Жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

*Объективно:* температура 37,3<sup>0</sup>С. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в 1 мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1см кнаружи от среднеключичной линии.

Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

#### **Задания**

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

#### **Задача № 4**

К фельдшеру ФАП обращается мужчина 40 лет с жалобами на головную боль, отеки на лице, ногах, пояснице, тупые боли в поясничной области, уменьшение количества выделяемой мочи. Заболел неделю назад, после сильного переохлаждения.

*Объективно:* лицо бледное, отечное. Пульс – 80 в минуту, слегка напряжен. АД 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основные клинические синдромы.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Оцените анализ мочи по Зимницкому.

### **ТЕМА 14.**

#### **Диагностика заболеваний эндокринной системы.**

#### **Сахарный диабет.**

#### **Задача № 1.**

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

*Объективно:* температура 36,6<sup>0</sup>С. 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

### **Задача № 2.**

Больная Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы появились 3 месяца назад.

*Объективно:* температура 36,6<sup>0</sup>С. Рост 160 см, масса тела 92 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140/90. 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

## **ТЕМА 15.**

### **Диагностика заболеваний эндокринной системы Заболевания щитовидной железы.**

#### **Задача № 1.**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание.

Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

*Объективно:* температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 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
5. Расскажите о прогнозе заболевания

#### **Задача № 2.**

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры.

Больна в течение 2-х лет.

*Объективно:* температура 35,4<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны



сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента
5. Расскажите о прогнозе заболевания

#### **Задача № 3.**

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

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.

### **ТЕМА 16.**

#### **Диагностика болезней крови. Анемии.**

#### **Задача № 1.**

К фельдшеру обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации.

*Объективно:* температура 36,7°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст.

Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания.**

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

#### **Задача № 2.**

К фельдшеру обратился больной С., 46 лет, с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного удален желудок по поводу новообразования.

*Объективно:* температура: 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно-малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**Задания.**

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

**Задача № 3.**

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение и одышку при небольшой физической нагрузке; желание есть мел.

*Объективно:* бледность кожи и видимых слизистых, кожные покровы сухие, отмечаются трещины в углах рта. Волосы ломкие, ногти «корявые». Пульс 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Язык малиновый, чистый. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастральной области, несколько вздут. Стул со склонностью к поносам.

**Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза. 3. Перечислите возможные осложнения

**Задача № 4.**

К фельдшеру ФАП обратился мужчина 57 лет с жалобами на слабость, головокружение, утомляемость, сердцебиение и одышку при физической нагрузке; чувство ползания мурашек, онемения в конечностях; чувство тяжести в эпигастрии, поносы.

*Объективно:* кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком, температура 37,2°. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт ст. Язык малиновый, атрофия сосочков языка; живот при пальпации мягкий, чувствителен в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см, край печени гладкий, эластичный, безболезненный.

**Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения

**ТЕМА 17.**

**Диагностика болезней крови. Лейкозы. Идиопатическая пурпура.**

**Задача № 1.**

Фельдшер вызван на дом к больной С., 25 лет, которая жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40 градусов, носовое кровотечение. Заболела неделю назад.

*Объективно:* температура 39,5С. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Изо рта - гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Имеется гнойное наложение. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

**Задания.**

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

### Задача № 2

Больной П., 56 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на появление припухлостей в области шеи, быструю утомляемость, недомогание, понижение аппетита. Болен в течение 1,5 лет.

*Объективно:* температура 37,5<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Пальпируются увеличенные подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они не спаяны между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, перкуторный звук ясный, легочный. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,4 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 78 в мин., ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 135/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

**Задания.**

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

### Задача № 3.

Фельдшер ФАП вызван к женщине 22 лет, которая жалуется на подъем температуры до 39 градусов, ознобы, потливость; снижение аппетита, боли в костях, в животе, головные боли, носовые кровотечения. Заболела остро, подобные симптомы нарастали в течение недели.

Причину указать не может.

*Объективно:* кожные покровы бледные, на коже – «синяки». Лимфоузлы плотные, подмышечные увеличены (размеры от грецкого ореха до куриного яйца), они плотные, безболезненные, не спаяны между собой. Тоны сердца глухие. Пульс=90 ударов в минуту, слабый, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Слизистые полости рта рыхлые, легко кровоточат. Миндалины увеличены, рыхлые. Живот мягкий, чувствителен в правом и левом подреберьях. Печень и селезенка выступают из-под реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное, моча розового цвета. Голени пастозны. **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.

4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.

## ТЕМА 18.

### Диагностика болезней опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Подагра.

#### Задача № 1.

К фельдшеру обратился пациент Н. 17 лет. Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита.

Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной.

*Объективно:* состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД=110/70 мм рт. ст.

#### Задания.

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

#### Задача № 2.

К фельдшеру ФАП обратился пациент К., 50 лет с жалобами на боли в суставах кистей, дизурические явления (встает ночью 3 – 4 раза, мочеиспускание безболезненное, малыми порциями), поносы, слабость. Из-за частого жидкого стула старается меньше есть и пить. Болен 3 года, не лечился.

*Объективно:* температура 37,6, лицо бледное, отеки век, межфаланговые суставы кистей отечны, кожа над ними гиперемирована, пальпация и движения в них болезненны. Тоны сердца приглушены, пульс 68 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст., В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. В анамнезе: мать больного страдала заболеванием суставов кистей.

#### Задания.

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

#### Задача № 3.

Больная Д., 50 лет, обратилась к фельдшеру 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°C. 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.

#### Задача № 4

Пациентка Д., 32 лет обратилась на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на отечность и боли в мелких суставах кисти и в коленных суставах. Болея в течение 3 лет. Лечится регулярно. Работает бухгалтером. Замужем, имеет 2 детей (4 и 10 лет).

*Объективно:*  $t = 37,3^{\circ}\text{C}$ , мелкие суставы обеих кистей и коленные суставы гиперемированы, отечны. При пальпации, активных и пассивных движениях резко болезненны. ЧСС – 80 в мин, АД – 120/80 мм рт. ст., ЧДД – 18 в мин.

#### **Задания.**

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

### ТЕМА 19.

#### Диагностика аллергозов.

#### Задача № 1.

К фельдшеру обратился мужчина 32 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление пузырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2-й день.

*Объективно:* температура  $37,1^{\circ}\text{C}$ . состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-72 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
5. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### Задача № 2.

Молодая женщина обратилась к фельдшеру здравпункта с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ . Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

*Объективно:* на лице значительно выраженный отек, глаза почти закрыты. Язык почти не помещается во рту. Пульс 110 уд. АД 150/90.

#### **Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента
5. Расскажите о прогнозе заболевания.

#### Задача № 3.

Вскоре после внутримышечного введения пенициллина больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту.

*Объективно:* АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения.

**Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента
5. Расскажите о прогнозе заболевания.

**Задача № 4.**

Фельдшер ФАП вызван на дом к пациентке С., 47 лет. Пациентка без сознания. Со слов родственников: перед этим жаловалась на чувство страха, общую слабость, кожный зуд, затрудненное дыхание. Анамнез: симптомы появились через 10 минут после инъекции бициллина-5 который прежде переносила хорошо. Профилактическое лечение проводила по поводу ревматизма. В детстве страдала экссудативно-катаральным диатезом.

*Объективно:* сознание отсутствует, ортопноэ, бледность кожных покровов, холодный липкий пот. АД 75/45 мм.рт.ст., пульс 110 в минуту слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичные, чистые. Дыхание в легких везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Суставы не деформированы.

**Задания.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Что случилось с пациенткой?
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента
4. Расскажите о прогнозе заболевания.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.**

**ТЕМА 1.**

**Диагностика болезней органов дыхания. Бронхит.  
Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ).**

**Эталонные ответы к задаче № 1.**

**1. Диагноз: Острый бронхит. Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель); острое начало заболевания; связь заболевания с переохлаждением
- 2) объективные данные: субфебрильная температура. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

**2.** Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты: слизистая, в осадке слизь, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка, расширение корня лёгкого **3.** Очаговая пневмония.

#### **Эталоны ответов к задаче № 2.**

**1.** Диагноз: Хронический бронхит в стадии обострения.

##### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: синдром интоксикации, симптомы поражения бронхов (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка); продолжительность заболевания (5 лет); связь обострения с переохлаждением; длительное выделение мокроты в стадии обострения; наличие вредных привычек: курение.
- 2) объективные данные: субфебрильная температура.  
при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

**2.** Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, исследование мокроты микроскопическое бактериологическое (выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам), Рентгенологическое исследование легких: возможно усиление легочного рисунка, расширение корня лёгкого.

**3.** Эмфизема легких, пневмосклероз, бронхопневмония, бронхоэктатическая болезнь, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце.

#### **Эталоны ответов к задаче № 3.**

**1.** Диагноз. ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, обострение, среднетяжелое течение. Хронический гнойный бронхит, фаза обострения. ДН II степень.

##### **Обоснование диагноза:**

- 1) Данные анамнеза: жалобы на кашель с выделением гнойной мокроты, одышку при ходьбе и небольшой физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,5°C, потливость, головная боль, общая слабость. Кашель беспокоит в течение 20 лет, сначала сухой, затем с небольшим количеством гнойной мокроты, объем которой постепенно увеличивался.
- 2) Объективные данные: кожные покровы цианотичны, грудная клетка бочкообразная. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком при аускультации дыхание ослаблено выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы, выдох удлинён. ЧДД 26 в мин. Из анамнеза - курит 28 лет по 1-1,5 пачке сигарет в день.

**2.** План обследования:

- 1) клинический анализ крови;
- 2) электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита  $\alpha$ 1-антитрипсина; 3) общий анализ мокроты, посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- 4) исследование мокроты на БК и атипические клетки;
- 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пикфлоуметрия.

**3.** Хроническая дыхательная недостаточность, эмфизема лёгких, пневмосклероз, хроническое лёгочное сердце.

#### **Эталоны ответов к задаче № 4.**

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, тяжелое течение. Хронический гнойный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких, ДН III ст.

**Обоснование диагноза:**

1) Данные анамнеза: Жалобы: одышка при небольшой физической нагрузке, переходе из теплого помещения в холодное, кашель со слизисто-гнойной мокротой до 0,5 стакана в сутки, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель беспокоит с 18 лет (41 год). До 40-летнего возраста кашель был периодический, неинтенсивный с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. За последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, увеличилось количество выделяемой мокроты, характер ее стал слизисто-гнойным.

2) Объективно: Грудная клетка бочкообразная. Нижняя граница лёгких опущена на 3 см, экскурсия нижнего края 3-4 см норма 6-8 см. На фоне везикулярного дыхания выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы. Экспираторная одышка до 24 в минуту.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

1). Рентгенография грудной клетки: легочные поля расширены, повышенной прозрачности (признаки эмфиземы). Усиление бронхолёгочного рисунка, расширение корня лёгкого (признаки бронхита)

2) клинический анализ крови;

3). электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита  $\alpha$ 1-антитрипсина; 4). общий анализ мокроты,

5). посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам;

6). исследование мокроты на БК и атипические клетки; 7). Исследование функции внешнего дыхания:

**спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей. **спирография** (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов.

Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Пикфлоуметрия** - снижение показателя

**3. Осложнения:** Хроническая дыхательная недостаточность, эмфизема лёгких, пневмосклероз, хроническое лёгочное сердце.

**Эталонные ответы к задаче № 5.**

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, эмфизема легких, пневмосклероз. Осложнение: ДН III ст., декомпенсированное легочное сердце, НИ Б ст..ФК 3.

**Обоснование диагноза:**

Жалобы: одышку с затрудненным выдохом, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, потливость, познабливание, отеки голеней.

Из анамнеза: Курит с 18 лет по 1 пачке в день. Около 25 лет в холодное время года беспокоит кашель с мокротой, около 20 лет - одышка с затрудненным выдохом. Связь ухудшения состояния с переохлаждением. Объективно: состояние средней тяжести, диффузный цианоз с сероватым оттенком. Голени отечны. В эпигастрии определяется пульсация. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧДД - 25 в мин. При аускультации на фоне ослабленного дыхания по всем полям сухие свистящие хрипы. Правая граница сердца в 4-м межреберье на 1,5 см наружи от правого края



грудины. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на легочном стволе. Пульс 110 в мин, ритмичный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги **2. Необходимые дополнительные исследования.**

1. Рентгенография грудной клетки- усиление бронхолёгочного рисунка, расширение корня лёгкого (признаки бронхита), расширение границы сердца вправо

2.общий анализ крови – лейкоцитоз , ускорение СОЭ

3 общий анализ мокроты,

4. посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам; 5. исследование мокроты на БК и атипические клетки; 6. Исследование функции внешнего дыхания: **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей. **спирография** (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). **бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов.

Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Пикфлоуметрия**- снижение показателя

**3. Осложнения:** Хроническая дыхательная недостаточность, эмфизема лёгких, пневмосклероз, хроническое лёгочное сердце.

## ТЕМА 2.

### Диагностика болезней органов дыхания. Бронхиальная астма. Дыхательная недостаточность.

#### Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма легкого эпизодического течения. **Обоснование диагноза:**

Жалобы на приступы удушья, которые повторяются днем не чаще одного раза в неделю, ночные приступы - не чаще одного раза в месяц и проходят самостоятельно

Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для уточнения диагноза.

2. **Необходимые дополнительные исследования.** Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.

- **спирография** (снижение показателя Тиффно),

- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),

- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина). Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения variability скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной variability ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте. Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

**Биохимический анализ крови:** повышение уровня иммуноглобулинов. Определение аллергенспецифических IgE

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

## Эталонные ответы к задаче № 2.

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма (холодовая, ваготоническая) легкого эпизодического течения.

### **Обоснование диагноза:**

Жалобы на периодически возникающие приступы удушья, которые возникают днем 1-2 раза в неделю, как правило, при выходе на холод и 1-2 раза в месяц ночью.

Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для уточнения диагноза.

## 2. Необходимые дополнительные исследования.

Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.
- спирография (снижение показателя Тиффно),
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),
- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина). Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения variability скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной variability ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте.

Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов.

**Определение аллерген-специфических IgE**

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

### Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма аллергическая форма, легкого персистирующего течения. Аллергический ринит, конъюнктивит. Сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли и пыльце растений **Обоснование диагноза:**

Жалобы на периодически возникающие приступы удушья, одышку с затрудненным выдохом, слабость. Приступы возникают 1 раз в неделю в дневное время и 1 раз в месяц ночью. Заболевание носит сезонный характер и возникает только в мае-июне, в период цветения тополя.

Объективно: острый конъюнктивит, острый ринит.

Анамнез: аллергия на пыльцу растений, бытовую пыль.

Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для уточнения диагноза.

### 2. Необходимые дополнительные исследования.

Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.
- спирография (снижение показателя Тиффно),
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),
- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина. Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте.

Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов.

### Определение аллерген-специфических IgE

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

### Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма неаллергическая форма, легкого персистирующего течения.

**Обоснование диагноза:** Жалобы на периодически возникающие приступы удушья и одышки с затрудненным выдохом, кашель с выделением незначительного количества вязкой слизисто-

гношной мокроты. Приступы возникают днем 1-2 раза в неделю, а ночью - примерно 2 раза в месяц. Последний приступ был позавчера ночью, длился около 4 ч и купировался самостоятельно.

При осмотре: в легких - жесткое дыхание, справа, в нижних отделах - рассеянные сухие хрипы.

Анамнез: хронический бронхит.

Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для уточнения диагноза.

## 2. **Необходимые дополнительные исследования.**

Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.
- спирография (снижение показателя Тиффно),
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),
- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина). Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте. Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

Биохимический анализ крови: **повышение уровня иммуноглобулинов**. Определение аллерген-специфических IgE

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

## **Эталонные ответы к задаче № 5.**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма неаллергическая форма, среднетяжелого течения. Эмфизема лёгких. ДН 2ст.

**Обоснование диагноза:** Жалобы на периодически возникающие приступы удушья, чувство нехватки воздуха, одышку с затрудненным выдохом, возникающими, после незначительной физической нагрузки, днем 3-6 раз в неделю и ночью 2-3 раза в месяц. Приступы протекают длительно, по 2-4 ч, сильно изматывают больного, что сказывается на его работоспособности; последний приступ произошел сегодня ночью.

При осмотре: состояние средней тяжести; кожные покровы бледные, наблюдается акроцианоз; грудная клетка бочкообразной формы; дыхательная экскурсия ослаблена. При перкуссии над легкими - коробочный звук. В легких - ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы; ЧДД - 19 за 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. АД 190/80 мм рт. ст. . PS = ЧСС = 88 уд./мин, ритмичный.

Анамнез: частые бронхиты; за последние два года трижды перенес пневмонию  
Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для решения вопроса о госпитализации, уточнения диагноза

## 2. Необходимые дополнительные исследования.

Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.
- спирография (снижение показателя Тиффно),
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),
- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более.

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина). Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течении по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте. Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

**Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов.** Определение аллерген-специфических IgE

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

## Эталоны ответов к задаче № 6.

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма неаллергическая форма, тяжёлого течения. Эмфизема лёгких.

**Обоснование диагноза:** Жалобы на чувство нехватки воздуха, одышку с затрудненным выдохом; частые приступы удушья, которые возникают как днем, так и ночью по несколько раз в неделю. Приступы удушья длятся по 3-5 часов

При осмотре: состояние средней тяжести, пациент вялый, заторможенный; кожные покровы резко бледные, влажные, наблюдается выраженный акроцианоз; грудная клетка бочкообразная, с уменьшенной дыхательной экскурсией; межреберные промежутки расширены. При перкуссии над легкими - коробочный звук. Дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы; ЧДД - 20 за 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. АД 115/70 мм рт. ст. PS = ЧСС = 86 уд./мин, ритмичный.

Анамнез: с 47 лет страдает хроническим бронхитом; пневмонии - не реже 1-2 раз в год

Пациента следует направить на консультацию к пульмонологу для решения вопроса о госпитализации, уточнения диагноза

## 2. Необходимые дополнительные исследования.

Исследование функции внешнего дыхания:

- **спирометрия** в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.
- спирография (снижение показателя Тиффно),
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха),
- пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

**Бронходилатационный тест** для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

**Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР)** – бронхоконстрикторные тесты (измерение ответа показателя ОФВ1 на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина). Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ1.

**Мониторирование пиковой скорости выдоха** (множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение, по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока).

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ (>10% у взрослых и >13% у детей) подтверждает диагноз БА. В качестве **маркеров аллергического воспаления при БА** рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) и уровень эозинофилов в мокроте.

Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

Биохимический анализ крови: **повышение уровня иммуноглобулинов**. Определение аллерген-специфических IgE

**Микроскопическое исследование мокроты:** эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

### ТЕМА 3.

#### Диагностика болезней органов дыхания. Пневмония. Плеврит.

##### Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Предварительный диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.

##### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: синдром интоксикации; одышка, кашель со слизисто-гноющей мокротой; постепенное начало (после ОРЗ).
- 2) объективные данные: при перкуссии локальное притупление перкуторного звука; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

##### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговое затенение в легких.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

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

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

**1.** Предположительный диагноз: Внебольничная пневмония в нижней доле справа.

#### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: постепенное начало с явлений ОРВИ, симптомов трахеобронхита (лающий кашель).
- 2) жалобы: лихорадка не выше 38,5°, кашель со слизисто-гнойным отделяемым, умеренная одышка.
- 3) данных объективного обследования: ЧД-24 в минуту, выслушивание в легких на фоне жесткого дыхания мелкопузырчатых влажных хрипов, притупление перкуторного звука. Основной клинический синдром – синдром очагового уплотнения легких, выявлен по данным субъективного и объективного обследования.

#### **2. Необходимые дополнительные обследования:**

- рентгенологическое исследование грудной клетки – небольшой очаг затемнения в нижней доле правого лёгкого;
- общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ;
- общий анализ мокроты: слизисто-гнойный характер мокроты, наличие лейкоцит

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

**1.** Предположительный диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония  
диагноз поставлен на основании:

#### **Обоснование диагноза:**

- 1) жалобы: высокая лихорадка, одышка, кашель с отделением ржавой мокроты, боль справа в грудной клетке на вдохе, усиливающаяся при кашле;
- 2) данных анамнеза - острое внезапное начало в виде озноба, после значительного переохлаждения;
- 3) осмотра: положение в постели с возвышенным головным концом, гиперемия щеки с пораженной стороны, герпес на губах, цианоз;
- 4) обследования дыхательной системы: отставание правой половины грудной клетки при дыхании; притупление перкуторного звука справа; выслушивание бронхиального дыхания, крепитации, шума трения плевры.

Основной клинический синдром – синдром уплотнения (инфильтрации) легочной ткани, что подтверждается наличием характерных жалоб и обследованием системы дыхания.

#### **2. Необходимые дополнительные обследования:**

- общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ);
- общий анализ мокроты (характер мокроты, наличие эритроцитов, лейкоцитов при микроскопии);
- рентгенологическое исследование – затемнение нижней доли правого легкого.

### **Эталон ответа к задаче № 4.**

**1.** Предположительный диагноз: правосторонний фибринозный плеврит – поставлен на основании:

#### **Обоснование диагноза:**

- 1) жалобы: на боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, наклонах туловища влево;

2) объективных данных: субфебрильная лихорадка; отставание правой половины грудной клетки при дыхании; при аускультации справа шум трения плевры.

Боль связана с тем, что на одном из листков плевры имеются фибриновые наложения, при этом возникают условия для соприкосновения и трения листков друг о друга (на высоте вдоха, при кашле).

Подтверждает данный факт наличие шума трения плевры с пораженной стороны; больной «щадит» пораженную половину грудной клетки при дыхании.

## **2. Необходимые дополнительные обследования:**

Поскольку пациент не может четко указать причину заболевания, можно предположить туберкулезную этиологию плеврита, тем более, что интоксикация и лихорадка слабо выражены. Для подтверждения диагноза необходимо:

- проведение пробы Манту;
- рентгенография грудной клетки (исключить опухоль, воспаление легких);
- консультация фтизиатра;
- общий анализ крови (наличие лейкоцитоза, увеличение СОЭ).

## **ТЕМА 4.**

### **Диагностика болезней органов дыхания. Нагноительные заболевания легких.**

#### **Эталонные ответы к задаче № 1.**

1. Предположительный диагноз: Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения. *Обоснование диагноза:*

1) данные анамнеза: синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам; длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективные данные: при осмотре: лихорадка субфебрильная, ЧДД - 22 в мин. Бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей; при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких; при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.

#### **2. Необходимые дополнительные обследования:**

- Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

- Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого.

- Бронхография: различные формы бронхоэктазов.

3. Эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, кровохарканье, легочное кровотечение, пневмония, абсцесс легкого.

#### **Эталонные ответы к задаче № 2.**

1. Предположительный диагноз: абсцесс правого легкого.

#### **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: синдром интоксикации, одышка, влажный кашель; внезапное появление большого количества гнойной мокроты;

2) объективные данные: высокая температура; при осмотре: гиперемия лица; при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука; при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.

#### **2. Необходимые дополнительные обследования:**



- Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.
  - Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. - Рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх округлое затемнение, после прорыва округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.
- 3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.**

## ТЕМА 5.

### Диагностика болезней системы кровообращения. Артериальная гипертензия.

#### Эталон ответов к задаче № 1.

1. Предположительный диагноз: Атеросклероз сосудов головного мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

#### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: головная боль, головокружение, снижение памяти, плохой сон; онемение пальцев рук; перемежающаяся хромота;
  - 2) объективные данные: при перкуссии: расширение границы сердца влево; при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, повышение систолического АД.
- при пальпации: пульс напряженный на лучевой артерии, пульс ослабленный на артериях тыла стоп.

#### **2. Необходимые дополнительные обследования:**

- Биохимический анализ крови: увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.
- рентгенография органов грудной клетки,
- ультразвуковое исследование сердца,
- электрокардиография,
- неврологическое исследование.

3. **Осложнения:** инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность, гангрена нижних конечностей, “брюшная жаба”, некроз петель кишечника.

4. **Прогноз** для жизни благоприятный и относительно благоприятный для выздоровления при условии адекватного лечения.

5. Пациент нуждается в проведении медикаментозного лечения и подробном инструктаже по вопросам рационального питания.

#### Эталонные ответы к задаче № 2.

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь степень I, 3 стадия, риск 4.

#### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: головная боль в затылочной области, тошнота потемнение в глазах, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, отёки на лице по утрам.  
семейный анамнез: мать умерла от инсульта,
- 2) объективные данные: при перкуссии: расширение границ сердца влево; (ПОМ - 2 стадия)  
при пальпации: пульс 80 ударов в минуту, полный; АД 150/95мм.рт.ст. – 1 степень

гипертонической болезни. При аускультации: тоны сердца приглушены, АД 150/95 мм.рт.ст – **1 степень** гипертонической болезни.

Поражение органов – мишеней (сосудов головного мозга, сердца, сетчатки глаза, почек) с появлением симптомов поражения данных органов (АКС – характерные жалобы – периодически тошнота и потемнение в глазах, сердцебиение, одышка, отёки на лице по утрам и объективные данные: бледность кожных покровов, пастозность век, отёки на голенях) – **3 стадия** гипертонической болезни. **Риск 4** – наличие ПОМ и АКС на фоне АД 150/95 мм.рт.ст **2.**

**Необходимые дополнительные исследования:**

- **ЭКГ, ЭхоКГ** для подтверждения наличия гипертрофии левого желудочка);
- **УЗИ сосудов** головного мозга, почек, сердца – для подтверждения наличия атеросклеротических бляшек
- **Осмотр окулиста** для определения состояния сосудов глазного дна (сужение артерий сетчатки, расширение вен);
- **Общий анализ мочи** (возможно наличие микрогематурии и умеренной протеинурии). - **биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов **3. Возможные осложнения:**
- Инсульт, инфаркт миокарда, недостаточность кровообращения;
- почечная недостаточность, облитерирующий эндартериит; - нарушения зрения, вплоть до слепоты.

**4. Прогноз в отношении жизни и выздоровления** не благоприятный, т.к высок риск осложнений

**5. Действия фельдшера в отношении данной пациентки:**

- рекомендовать немедленно обратиться к терапевту для решения вопроса о стационарном обследовании и подбора адекватной терапии.

**Эталонные ответы к задаче № 3.**

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь степень III, вторая стадия, риск 3.

**Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота; многолетнее течение заболевания.
- 2) объективные данные: при перкуссии: расширение границ сердца влево; (ПОМ - 2 стадия) при пальпации: пульс твердый, напряженный; АД 200/110 мм.рт.ст. – 3 степень гипертонической болезни. При аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

**2. Необходимые дополнительные обследования:**

- **Общий анализ мочи:** могут быть следы белка, единичные эритроциты.
- **Рентгенография органов грудной клетки** – расширение границы сердца влево.
- **Ультразвуковое исследование сердца** – гипертрофия мышцы левого желудочка.
- **Электрокардиография** - признаки гипертрофии левого желудочка.
- **Исследование сосудов глазного дна:** резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.
- **Биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов **3. Возможные осложнения:**

Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

**4. Прогноз** в отношении жизни и выздоровления относительно благоприятный при условии адекватного лечения и соблюдении рекомендаций врача.

**5.** Направляем пациента на приём к терапевту.

Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

#### Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь 2, третья стадия, риск 4. **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: постоянная головная боль, головокружение, тошнота, дискомфорт в области сердца, носовые кровотечения (осложнение); многолетнее течение заболевания.

Анамнез: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК (АКС). Мать страдала гипертонической болезнью (фактор риска).

2) объективные данные: при перкуссии: расширение границ сердца влево; (ПОМ ) при пальпации: пульс твердый, напряженный; АД 170/105 мм.рт.ст. – 2 степень гипертонической болезни. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ПОМ). Глазное дно - артерии сетчатки глаза сужены (ПОМ). Наличие ПОМ и АКС – 3 стадия гипертонической болезни, риск 4.

#### 2. Необходимые дополнительные обследования:

- **Общий анализ мочи:** могут быть следы белка, единичные эритроциты.
- **Рентгенография органов грудной клетки** – расширение границы сердца влево.
- **Ультразвуковое исследование сердца** – гипертрофия мышцы левого желудочка.
- **Электрокардиография** - признаки гипертрофии левого желудочка.
- **Исследование сосудов глазного дна:** резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.
- **Биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов

3. **Осложнения:** гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

#### 4. Направляем пациента на приём к терапевту.

Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

**Прогноз для жизни** относительно благоприятный (имеют место ПОМ И АКС, осложнение в виде носовых кровотечений)

**Прогноз для выздоровления** относительно благоприятный (удлинения фазы ремиссии) при условии эффективного лечения заболевания.

#### Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь 1, первая стадия, риск 1. **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: постоянная тяжесть в затылке, головокружение, шум в ушах. Болен около 1,5 месяца;

2) объективные данные: при пальпации: пульс 88; АД 140/100 мм.рт.ст. – 1 степень гипертонической болезни I стадия – отсутствие ПОМ и АКС 2. **Необходимые дополнительные обследования:**

- **Общий анализ мочи:** могут быть следы белка, единичные эритроциты.
- **Рентгенография органов грудной клетки** – расширение границы сердца влево.
- **Ультразвуковое исследование сердца** – наличие гипертрофия мышцы левого желудочка.
- **Электрокардиография** – наличие признаков гипертрофии левого желудочка.
- **Исследование сосудов глазного дна:** наличие изменений артерий сетчатки,

- **Биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов

**3. Осложнения:** гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

**4. Прогноз для жизни** благоприятный (нет ПОМ И АКС)

**Прогноз для выздоровления** благоприятный при условии эффективного лечения заболевания.

**5. Направляем пациента на приём к терапевту.**

Пациент нуждается в наблюдении:

- У лиц с АД 140-159/90-99 мм.рт.ст (у нашего пациента 140/100 мм.рт.ст!!) клиническое обследование с измерением АД проводить через 2 месяца. □ Измерение АД (СКАД),
- Проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

**Эталоны ответов к задаче № 6.**

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь 2, третья стадия, риск 4. **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: боли в затылке, тошнота, тяжесть за грудиной. Болен около 3-х лет;

2) объективные данные: при пальпации: пульс 88; АД 160/100 мм.рт.ст. – **2 степень** гипертонической болезни.

**3 стадия** – наличие ПОМ (признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, артерии сетчатки глаза сужены) и факторов риска (сахарный диабет II типа, диабетическая нефропатия в течение 2-х лет). и АКС (диабетическая нефропатия).

**Риск 4** - АД 160/100 мм.рт.ст, + наличие ПОМ + АКС

**3. Осложнения:** гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

**4. Прогноз для жизни** относительно благоприятный (имеют место ПОМ)

**Прогноз для выздоровления** относительно благоприятный (удлинения фазы ремиссии) при условии эффективного лечения заболевания.

**5. Направляем пациента на приём к терапевту.**

Пациент нуждается в наблюдении:

- У лиц с АД **160-179/100-109 мм.рт.ст** (у нашего пациента АД 160/100 мм.рт.ст) клиническое обследование с измерением АД и принятием решения о необходимости обследования и лечения следует провести в течение месяца.
- Проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

**Эталоны ответов к задаче № 7.**

1. Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь 2, вторая стадия, риск 4.

**Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: шум в голове, головная боль, головокружение. Вечером накануне: тошнота, однократная рвота, резкая боль в затылке, сильное носовое кровотечение. Многолетнее течение заболевания;

2) объективные данные: при перкуссии: расширение границ сердца влево; (ПОМ) при пальпации: пульс твердый, напряженный; АД 175/105 мм.рт.ст. – 2 степень гипертонической болезни. На ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ПОМ). Глазное дно - артерии сетчатки глаза сужены (ПОМ). Наличие ПОМ – 2 стадия гипертонической болезни, риск 3.

**2. Необходимые дополнительные обследования:**

- **Общий анализ мочи:** могут быть следы белка, единичные эритроциты.
  - **Рентгенография органов грудной клетки** – расширение границы сердца влево.
  - **Ультразвуковое исследование сердца** – гипертрофия мышцы левого желудочка.
  - **Электрокардиография** - признаки гипертрофии левого желудочка.
  - **Исследование сосудов глазного дна:** резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.
  - **Биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов
- 3. Осложнения:** гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

#### **4. Направляем пациента на приём к терапевту.**

У лиц с АД **160-179/100-109 мм.рт.ст** клиническое обследование с измерением АД и принятием решения о необходимости обследования и лечения следует провести в течение месяца.

Пациент **нуждается в госпитализации** (у пациента развилось осложнение – носовое кровотечение) для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

**Прогноз для жизни** относительно благоприятный (имеют место ПОМ, осложнение в виде носовых кровотечений)

**Прогноз для выздоровления** относительно благоприятный (удлинения фазы ремиссии) при условии эффективного лечения заболевания.

#### **Эталонные ответы к задаче № 8.**

1.Предположительный диагноз: Гипертоническая болезнь 3, третья стадия, риск 4.

##### **Обоснование диагноза:**

- 1) данные анамнеза: постоянная головная боль, шум в ушах, чувство нехватки воздуха, отеки на ногах, дискомфорт в области сердца, слабость, нарушился сон.
- 2) объективные данные: Бледность кожных покровов, акроцианоз, периферические отёки, при пальпации: пульс 116уд/мин; АД 190/105 мм.рт.ст. – **3 степень** гипертонической болезни ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, рубцовые изменения миокарда. **3 стадия** – наличие ПОМ (признаки гипертрофии миокарда левого желудочка) и АКС (ИБС, инфаркт миокарда 3 года назад). **Риск 4-** АД190/105 мм.рт.ст, + наличие ПОМ + АКС 2.

##### **Необходимые дополнительные обследования:**

- **Общий анализ мочи:** могут быть следы белка, единичные эритроциты.
- **Рентгенография органов грудной клетки** – расширение границы сердца влево.
- **Ультразвуковое исследование сердца** – гипертрофия мышцы левого желудочка.
- **Электрокардиография** - признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения миокарда после перенесённого инфаркта.
- **Исследование сосудов глазного дна:** резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.
- **Биохимический анализ крови:** увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов

**3. Осложнения:** гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

**4. Прогноз для жизни** относительно благоприятный (имеют место ПОМ, в анамнезе перенесённый инфаркт миокарда, наличие акроцианоза, отёков, одышки говорит о ХСН )

**Прогноз для выздоровления** неблагоприятный – возраст 60 лет, признаки ХСН акроцианоз, отёки, одышка).

- **5. Направляем пациента на приём к терапевту** для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Пациент нуждается в стационарном лечении и наблюдении:

- У лиц с АД **160-179/100-109 мм.рт.ст** (у нашего пациента АД 160/100 мм.рт.ст) клиническое обследование с измерением АД и принятием решения о необходимости обследования и лечения следует провести в течение месяца.

## ТЕМА 6.

### Диагностика болезней системы кровообращения. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда Эталоны

#### ответов к задаче № 1.

1. Предположительный диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда Внезапная сердечная (коронарная) смерть.

**Жалобы:** загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином, продолжительность болевого синдрома более 30 минут.

На ЭКГ- признаки повреждения миокарда - сегмент ST выше изолинии, высокий зубец T, нарушение ритма и проводимости

**Объективно:** пациентка без сознания . Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные

2. **Необходимые дополнительные обследования:** тест на тропонины

#### Эталоны ответов к задаче № 2.

1. ИБС. Впервые возникшая стенокардия.

Жалобы: боли за грудиной давящего, жгучего характера с иррадиацией в шею.

Боли длительностью около 10 мин были купированы ингаляцией одной дозы Нитроспрея .

Ранее подобные приступы никогда не возникали.

2. **Необходимые дополнительные обследования:**

- **Электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа  
**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов (для подтверждения дислипидемии) , 3. Инфаркт миокарда.

#### Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК I, **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, боли непродолжительные; и купировались одной таблеткой нитроглицеринавозникают при психоэмоциональной нагрузке.

2) объективные данные: без патологии;

2. **Необходимые дополнительные обследования:**

- **Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.

- **Электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа, - **Велозргометрия** – определение толерантности к физической нагрузке.

3. Инфаркт миокарда.

4. Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности, психоэмоциональном состоянии

Пациент нуждается в обучении основным принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период.

#### **Эталоны ответов к задаче № 4.**

1. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.

##### **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу, боли непродолжительные; возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные: избыточная масса тела;

##### **2. Необходимые дополнительные обследования:**

- **Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.

- **Электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа, - **Велоэргометрия.**

3. Инфаркт миокарда.

#### **Эталоны ответов к задаче № 5.**

1. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, первый функциональный класс.

##### **Обоснование диагноза:**

1) данные анамнеза: боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу, боли непродолжительные; возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные: избыточная масса тела; 2. **Необходимые дополнительные обследования:**

- **Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов,

- **Электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа.

- **Велоэргометрия.**

3. Инфаркт миокарда.

#### **Эталоны ответов к задаче № 6.**

1. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК II, *Обоснование:*

1) данные анамнеза:

боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку и руку при подъеме на третий этаж. боли непродолжительные; и купировались одной таблеткой нитроглицерина 2) объективные данные:

АД160/90 мм.рт.ст (фактор риска ИБС)

Тахикардия (фактор риска ИБС)

2. **Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, **электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа, **Велоэргометрия** – определение толерантности к физической нагрузке.

**3.** Инфаркт миокарда.

**4.** Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления относительно благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения гипертонической болезни, ИБС, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности.

#### Эталонные ответы к задаче № 7.

1. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК IV (стенокардия незначительной физической нагрузки и покоя).

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и шею, после незначительной физической нагрузки и в покое, длящиеся по 10-12 минут и купирующиеся 1 -2 таблетками нитроглицерина п/я.

2) объективные данные:

Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке мягкий систолический шум

АД165/1100 мм.рт.ст (фактор риска ИБС)

ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, признаков очаговой патологии миокарда нет

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, , **электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа, **3.** Инфаркт миокарда.

**4.** Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления относительно благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения гипертонической болезни, ИБС, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности.

#### Эталонные ответы к задаче № 8.

1. Предположительный диагноз: ИБС вариантная стенокардия (стенокардия Принцметала).

Об этом говорит высокая толерантность к физическим нагрузкам, возникновение приступов в одно и то же время суток, интенсивный характер болей.

Следует помнить, что вариантная стенокардия всегда рассматривается как нестабильная.

Трактовать ее как стабильную стенокардию можно лишь после динамического наблюдения в специализированном стационаре.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, , **электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа,

**Велоэргометрия** – определение толерантности к физической нагрузке.

**3.** Инфаркт миокарда.

**4.** Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления относительно благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения гипертонической болезни, ИБС, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности.



### Эталоны ответов к задаче № 9.

1. Предположительный диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения прогрессирующая. (появление приступов стенокардии покоя на фоне ранее существовавшей стенокардии напряжения).

Ночные боли появились 5 дней назад и повторяются каждую ночь. Ранее ангинозные приступы развивались только на фоне физической нагрузки.

2. **Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, **электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа,

3. Инфаркт миокарда.

4. Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления относительно благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения гипертонической болезни, ИБС, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности.

Больной нуждается в срочной госпитализации в блок интенсивной терапии кардиологической клиники для динамического наблюдения, фармакотерапии и решения вопроса о целесообразности аортокоронарного шунтирования.

Прогрессирующая стенокардия напряжения может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев и представляет угрозу для развития инфаркта миокарда.

Вот почему прогноз при прогрессирующей стенокардии может быть серьезным, тем более, что возможен даже внезапный летальный исход (в связи с развитием тяжелых фатальных нарушений сердечного ритма — фибрилляции или трепетания желудочков).

### Эталоны ответов к задаче № 10.

1. Предположительный диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения прогрессирующая. (появление приступов стенокардии покоя на фоне ранее существовавшей стенокардии напряжения). Ночные боли появились 5 дней назад и повторяются каждую ночь. Ранее ангинозные приступы развивались только на фоне физической нагрузки.

3. **Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, , **электрокардиография** может быть снижение сегмента ST в момент приступа, **3.** Инфаркт миокарда.

4. Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для выздоровления относительно благоприятный при условии эффективного, адекватного лечения гипертонической болезни, ИБС, соблюдении пациентом рекомендаций врача по диетотерапии, физической активности. После купирования ангинозного приступа больной нуждается в госпитализации в блок интенсивной терапии кардиологической клиники для динамического наблюдения, уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей фармакотерапии.

### Эталоны ответов к задаче № 11.

1. Предположительный диагноз: ИБС, инфаркт миокарда, острый период.

*Обоснование:* 1)

данные анамнеза:

боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку; продолжительность боли - 2 часа; отсутствие эффекта от приема нитроглицерина; связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением.

2) объективные данные: беспокойство больного; приглушение сердечных тонов; тахикардия.

2. **Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови** – тропонины (повышение концентрации тропонина при инфаркте миокарда отмечается через 2 -6 часов), миоглобин (нарастание уровня миоглобина в течение 1-3 часов), повышение АСТ,

**Электрокардиография:** зубец Q глубокий, сегмента ST выше изолинии, коронарный зубец T.

3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

#### Эталоны ответов к задаче № 12.

1. Предположительный диагноз: ИБС, инфаркт миокарда, ангинозная форма. *Обоснование:* 1) данные анамнеза:

боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку; продолжительность боли - 2 часа; отсутствие эффекта от приема нитроглицерина; связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением. 2) объективные данные:

беспокойство больного; приглушение сердечных тонов; тахикардия.

2. **Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови** – тропонины (повышение концентрации тропонина при инфаркте миокарда отмечается через 2 -6 часов), миоглобин (нарастание уровня миоглобина в течение 1-3 часов), повышение АСТ,

**Электрокардиография:** зубец Q глубокий, сегмента ST выше изолинии, коронарный зубец T.

3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

#### Эталоны ответов к задаче № 13.

1. Предположительный диагноз: Острый инфаркт миокарда, астматическая форма. *Обоснование:* 1) данные анамнеза:

незначительные боли в сердце, внезапно возникшее затруднение дыхания, кашель с выделением розовой мокроты.

2) объективные данные: состояние тяжелое, акроцианоз. ЧДД 36 в мин. Затруднены вдох и выдох. АД 100/60 мм рт.ст.

Пульс 110 уд./мин. Мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких.

2. **Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови** – тропонины (повышение концентрации тропонина при инфаркте миокарда отмечается через 2 -6 часов), миоглобин (нарастание уровня миоглобина в течение 1-3 часов), повышение АСТ,

**Электрокардиография:** зубец Q глубокий, сегмента ST выше изолинии, коронарный зубец T.

3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

#### Эталоны ответов к задаче № 14.

1. Предположительный диагноз: Острый инфаркт миокарда, церебральный вариант.

*Обоснование:* 1) данные анамнеза:

головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи. Боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку; продолжительность боли - 2 часа; отсутствие эффекта от приема нитроглицерина; связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением; 2) объективные данные:

опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 85/60 мм рт.ст. ЭКГ - подъем сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Электрокардиография:** зубец Q глубокий, сегмента ST выше изолинии, коронарный зубец Т.

**Биохимическое исследование крови** – тропонины (повышение концентрации тропонина при инфаркте миокарда отмечается через 2 -6 часов), миоглобин (нарастание уровня миоглобина в течение 1-3 часов), повышение АСТ,

**Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ,

**3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.**

**Эталонные ответы к задаче № 15.**

1. Предположительный диагноз: Острый инфаркт миокарда, абдоминальный вариант:

*Обоснование:* 1) данные анамнеза: резкая слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота.

2) объективные данные: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин.

АД 140/90 мм рт.ст.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Электрокардиография:** зубец Q глубокий, сегмента ST выше изолинии, коронарный зубец Т.

**Биохимическое исследование крови** – тропонины (повышение концентрации тропонина при инфаркте миокарда отмечается через 2 -6 часов), миоглобин (нарастание уровня миоглобина в течение 1-3 часов), повышение АСТ,

**Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ,

**3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.**

**Эталонные ответы к задаче № 16.**

1 Предположительный диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз.

Хроническая недостаточность кровообращения II стадии.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза: перенесенный ранее инфаркт миокарда. Признаки сердечной недостаточности - постоянная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке; признаки застоя крови по малому кругу кровообращения - одышка, кашель со слизистой мокротой; признаки застоя крови по большому кругу кровообращения - постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах; 2) объективные данные: при осмотре: отеки на стопах и голени, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.; при аускультации: незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких; при перкуссии: расширение границ сердца влево; при пальпации: увеличение печени, аритмичный пульс.

## **2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Биохимическое исследование крови:** возможно повышение холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, **Электрокардиография.**

Тест 6-и минутной ходьбы

## **3. Острая сердечная недостаточность.**

### **ТЕМА 7.**

#### **Диагностика болезней системы кровообращения. Сердечная недостаточность.**

#### **Эталонные ответы к задаче № 1.**

**1.** Предположительный диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Пароксизмальная мерцательная аритмия. Хроническая недостаточность кровообращения II стадии, Ф К 2.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза: перенесенный ранее инфаркт миокарда  
признаки сердечной недостаточности – одышка с затруднённым вдохом, возникающая при незначительной физической нагрузке;

признаки застоя крови по малому кругу кровообращения - одышка, кашель со слизистой мокротой;

признаки застоя крови по большому кругу кровообращения – тяжесть, боли в правом подреберье, отеки на ногах; 2) объективные данные: при осмотре: отеки на ногах, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.; при аускультации: в легких дыхание жёсткое; при перкуссии: расширение границ сердца влево; при пальпации: аритмичный пульс.

#### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Тест 6-и минутной ходьбы

Биохимическое исследование крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ:

Электрокардиография - синусовая тахикардия, рубцовые изменения миокарда, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка

ЭхоКГ- гипертрофия миокарда левого желудочка.

Флюорография грудной клетки- признаки гипертрофии миокарда левого желудочка .

#### **3. Острая сердечная недостаточность.**

4. Пациент направляется на приём к терапевту, для направления на стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения.

5. Прогноз в отношении выздоровления и жизни неблагоприятный, при своевременном и эффективном лечении основного заболевания можно добиться стабилизации состояния и улучшения самочувствия.

#### **Эталонные ответы к задаче № 2.**

**1 .** Предположительный диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз.. Хроническая недостаточность кровообращения II стадии, Ф К 2.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза: ИБС, 2 года назад перенес острый трансмуральный инфаркт миокарда, постинфарктный коронарокардиосклероз. признаки сердечной недостаточности – одышку с затрудненным вдохом («не хватает воздуха»), сердцебиение, возникающие при значительной физической нагрузке и при быстрой ходьбе по ровной местности, быструю утомляемость

признаки застоя крови по малому кругу кровообращения – одышка при значительной физической нагрузке;

2) объективные данные: пульс 96 в мин

## **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Тест 6-и минутной ходьбы

Биохимическое исследование крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ:

На ЭКГ - ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения миокарда левого желудочка

ЭхоКГ- гипертрофия миокарда левого желудочка.

Флюорография грудной клетки- признаки гипертрофии миокарда левого желудочка .

**3. Острая сердечная недостаточность.**

**4. Пациент направляется на приём к терапевту**

**5. Прогноз в отношении выздоровления и жизни относительно неблагоприятный, при своевременном и эффективном лечении основного заболевания можно добиться стабилизации состояния и улучшения самочувствия.**

### **Эталоны ответов к задаче № 3.**

1. Предположительный диагноз: ИБС, постинфарктный кардиосклероз.  
Хроническая недостаточность кровообращения II стадии.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза: перенесенный ранее инфаркт миокарда;

признаки сердечной недостаточности - постоянная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке;

признаки застоя крови по малому кругу кровообращения - одышка, кашель со слизистой мокротой; признаки застоя крови по большому кругу кровообращения - постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах.

2) объективные данные: при осмотре: отеки на стопах и голенях, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.; при аускультации: незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких; при перкуссии: расширение границ сердца влево; при пальпации: увеличение печени, аритмичный пульс.

## **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Тест 6-и минутной ходьбы

Биохимическое исследование крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ:  
Электрокардиография.

ЭхоКГ.

Флюорография грудной клетки.

**3. Острая сердечная недостаточность.**

**4. Пациентка направляется на приём к терапевту, для направления на стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения.**

**5. Прогноз в отношении выздоровления и жизни неблагоприятный, при своевременном и эффективном лечении основного заболевания можно добиться стабилизации состояния и улучшения самочувствия.**

## **ТЕМА 8.**

### **Диагностика болезней системы кровообращения.**

#### **Хроническая ревматическая болезнь. Приобретенные пороки сердца.**

### Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Предположительный диагноз: Острая ревматическая лихорадка, ревматический эндокардит, миокардит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в области сердца;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции;
- ухудшение состояния через 2 недели после ангины; 2) объективные данные:
- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца.

### 2. Необходимые дополнительные исследования.

**Общий анализ крови:** увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз при отчетливом поражении суставов),

**биохимический анализ крови:** увеличение фибриногена,  $\alpha$ -глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин-О, антигиалуронидаза), **рентгенография**

**органов грудной клетки:** при тяжелом течении ревмокардита - увеличение размеров сердца, **ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография:** могут быть нарушения проводимости (удлинение интервала PQ), снижение амплитуды зубца Т.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

### Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Предположительный диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье; □ перенесенный ревматизм; 2) объективные данные:
- при осмотре: субфебрильная температура тела, цианоз, одышка ;
- при пальпации: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца
- при перкуссии: расширение границ сердца вверх;
- при аускультации: на верхушке сердца - хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте, влажные хрипы в нижних отделах легких.

### 2. Необходимые дополнительные исследования.

**Общий анализ крови:** может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимический анализ крови:** увеличение фибриногена,  $\beta_2$ -глобулинов, возрастание титра

антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), **ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.**

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

### Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Предположительный диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- одышка и сердцебиение в состоянии покоя;
- ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;
- состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма; 2) объективные данные:
- при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови:** увеличение фибриногена,  $\beta_2$ -глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигалауронидаза), **ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.**

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

**Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Предположительный диагноз: Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
- перенесенный бактериальный эндокардит; 2) объективные данные:
- при осмотре: симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс, одышка, повышение систолического АД и понижение диастолического АД;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: диастолический шум в точке аускультации аортального клапана.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови:** возможно увеличение фибриногена, **посев крови на гемокультуру:** выявление возбудителя, **ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.**

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациента следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Предположительный диагноз: Инфекционный эндокардит, стеноз устья аорты в стадии компенсации

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, обморок;
- перенесенные заболевания - частые ангины, ОРЗ; инфекционный эндокардит 2) объективные данные:
- при осмотре: бледность кожи;

- при пальпации: дрожание над основанием сердца, смещение верхушечного толчка вниз и влево;
- при перкуссии: расширение границы сердца влево;
- при аускультации: систолический шум в точках аускультации аортального клапана, тахикардия.

## 2. Необходимые дополнительные исследования.

**Общий анализ крови:** возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, **биохимическое исследование крови:** увеличение фибриногена,  $\beta_2$ -глобулинов, **посев крови на гемокультуру:** выявление возбудителя, **ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.**

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение при обострении основного заболевания.

## ТЕМА 9.

### Диагностика болезней органов пищеварения. Эзофагиты. Хронический гастрит. Функциональная диспепсия.

#### Эталоны ответов к задаче № 1

1. Предположительный диагноз: Хронический гастрит тип В в стадии обострения. *Обоснование:*  
1) данные анамнеза: боль в эпигастральной области; связь с приемом пищи; отрыжка кислым, изжога; нарушение режима питания; 2) объективные данные: при осмотре языка - обложенность; при пальпации живота - болезненность в эпигастральной области.

#### 2. Необходимые дополнительные исследования.

Фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность,

**ФГДС:** гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии.

**Рентгенологическое исследование:** повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь.

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

#### Эталоны ответов к задаче № 2 ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Предположительный диагноз: Хронический гастрит тип А в стадии обострения. *Обоснование:*  
1) данные анамнеза: чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжка тухлым, похудание; длительность заболевания; связь обострения с погрешностями в диете; вредные привычки: курение, употребление алкоголя.

2) объективные данные: при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка, при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

**2. Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** может быть анемия,

**фракционное желудочное зондирование:** снижение содержания соляной кислоты и пепсина,

**ФГДС:** атрофия слизистой оболочки, **рентгенологическое исследование:** истончение складок слизистой оболочки.

3. Рак желудка, железodefицитная и В12-дефицитная анемии, гиповитаминозы.

4. Направляем на приём к терапевту. Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

#### Эталоны ответов к задаче № 3



**1. Предварительный диагноз:** хронический атрофический, аутоиммунный гастрит (тип А), поставлен на основании:

- **жалоб:**

- умеренные постоянные боли в эпигастрии, «ранние» боли; - отрыжка тухлым, поносы;

- рвота с остатками непереваренной пищи, приносящая облегчение; - тошнота, снижение аппетита;

- **объективного обследования:** обложенность языка белым налетом; болезненность живота при пальпации в эпигастральной области.

**Основные синдромы** – диспепсический и болевой.

**2. Дополнительные обследования:**

- рентгенологическое исследование желудка (исследование подвижности, величины, формы, состояния слизистой желудка);

- эндоскопическое исследование желудка (изучение состояния слизистой, проведение биопсии);  
- фракционное исследование желудочного сока (изучение секреторной функции желудка).

**3. Возможные осложнения.**

- развитие В12 –дефицитной анемии;

- малигнизация слизистой;

- язвенная болезнь (язва кардиального отдела желудка).

**4. Действия фельдшера.**

Направить пациента к терапевту поликлиники для подтверждения диагноза и решения вопроса о лечении. Убедить в необходимости постоянного диспансерного наблюдения.

**Эталоны ответов к задаче № 4**

**На 1-м этапе** диагностического поиска при анализе жалоб может быть получено первоначальное представление о характере поражения желудка или 12-перстной кишки. Имеющиеся жалобы можно расценить как язвенноподобную диспепсию, которая может быть характерна как для язвенной болезни 12-перстной кишки, так и для хронического антрального гастрита с повышенной секреторной функцией.

В анамнезе имеются указания на выявленные в прошлом повышенные цифры желудочной секреции, а при гастродуоденоскопии - на признаки хронического эрозивного гастрита.

**На 2-м этапе** диагностического поиска наличие разлитой болезненности в эпигастральной и пилородуоденальной областях не противоречит первоначальной диагностической концепции.

**На 3-м этапе** диагностического поиска в анализах крови существенной патологии не отмечается, обращает на себя внимание повышение секреторной функции желудка при рНметрии.

И конечно, основные данные, позволяющие поставить окончательный диагноз, - эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, исключающие язвенное и раковое поражение желудка, о котором никогда нельзя забывать.

ЭГДС позволила выявить гиперплазию складок слизистой, гиперемию слизистой, являющиеся внешними признаками хронического гастрита. Гистологическое исследование слизистой подтверждает наличие хронического гастрита В (хеликобактерный гастрит) с утолщением складок слизистой, признаками текущего воспаления и отсутствием изменений со стороны базальной мембраны.

Обнаружение *Helicobacter pylori* на поверхности в глубине ямок также подтверждает диагноз хронического гастрита В.

Высокий уровень желудочной секреции, в частности повышение базальной секреции, соответствует данному состоянию.

Таким образом, можно сформулировать окончательный диагноз: «Хронический антральный гастрит В в фазе обострения».

### Эталоны ответов к задаче № 5

**На 1-м этапе** диагностического поиска при анализе жалоб можно выделить несколько синдромов, в частности болевой (боли и тяжесть в подложечной области), желудочной и кишечной диспепсии (отрыжка тухлым, тошнота, диарея), которые патогномичны для хронического гастрита со сниженной секреторной функцией. Вариант течения доброкачественный (большая длительность заболевания, сохраненная работоспособность). Обращает на себя внимание отсутствие сезонности обострения, что тоже является характерным для хронического гастрита. Однако, учитывая малую специфичность данных 1-го этапа, их достоверность для постановки окончательного диагноза относительно невысока.

**На 2-м этапе** диагностического поиска обращают на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, атрофия и сглаженность его сосочков, ангулярный стоматит - симптомы гиповитаминоза (В и С) и, возможно, анемии. Разлитая болезненность при пальпации живота в эпигастральной области свидетельствует об обострении заболевания, хотя и эта информация малоспецифична.

Постановка окончательного диагноза возможна только с учетом данных **3-го этапа** диагностического поиска.

В анализах крови обращает на себя внимание умеренная гипер-хромная анемия (гемоглобин - 11,5 гр%, цветовой показатель - 0,98), возможно развитие В12-дефицитной анемии.

При рН-метрии выявлены низкие показатели желудочной секреции, что является главным признаком данного варианта гастрита.

При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью происходит и сближение уровней базальной и субмаксимальной кислотообразующей продукции.

Характер изменения слизистой желудка выявляется при проведении ЭГДС, при которой отмечены бледность и истонченность слизистой оболочки желудка, сглаженность складок, что можно расценивать как проявление хронического атрофического гастрита. Однако гастроскопия не является абсолютно точным методом.

Окончательная диагностика гастрита возможна только с учетом данных биопсии и морфологической оценки изменений слизистой оболочки желудка.

Данные биопсии: «В биоптате обнаружены атрофия желез и явления кишечной метаплазии, при этом не выявляются *Helicobacter pylori* и антитела к *Helicobacter pylori*».

Таким образом, в данном случае речь идет о хроническом гастрите типа А (аутоиммунном) со сниженной секреторной функцией в фазе обострения.

### Эталоны ответов к задаче № 6

**На 1-м этапе** диагностического поиска следует обратить внимание на характер болевого синдрома. Боли, как правило, связаны с приемом пищи, реже возникает голодные боли, а их сочетание указывает на поражение как тела, так и выходного отдела желудка, но боли не отмечаются высокой интенсивностью. Такой характер болевого синдрома наиболее характерен для обострения хронического гастрита В.

Кроме того, имеет место диспептический синдром с синдромом ацидоза (изжога), что не исключает повышение секреторной функции желудка, а также может быть связано с забросом кислого содержимого желудка в пищевод.

Очень важным клиническим симптомом является рвота с примесью алой крови, что может быть проявлением кровотечения как из пищевода, так и из желудка. Длительность анамнеза - около 8 лет. Это может свидетельствовать о хроническом характере заболевания.

Следует обратить внимание на экзогенные факторы заболевания - злоупотребление острой, кислой пищей, алкоголем и, что очень важно, на прием НПВП (диклофенак 100 мг в течение 5 дней). Это и могло спровоцировать желудочно-кишечное кровотечение.

**На 2-м этапе** диагностического поиска физическое исследование дает мало опорных данных для диагностики. Кожные покровы обычной окраски, гемодинамические показатели стабильные, пальпация в эпигастральной области выявляет умеренную разлитую болезненность, что дает основание подтвердить обострение заболевания.

**На 3-м этапе** диагностического поиска по анализу крови ясно, что анемии нет, что скорее всего свидетельствует о впервые возникшем и непродолжительном и необильном кровотечении. Данные ЭГДС подтверждают наличие мелких множественных эрозий в антральном отделе желудка и на выходе из него, а также утолщение складок и гиперемии, слизистой желудка. Такая картина ЭГДС позволяет с большой долей вероятности думать о хроническом гастрите типа В с повышенной секреторной функцией в фазе обострения, но не исключает и химически обусловленный хронический гастрит типа С (воздействие алкоголя нестероидных противовоспалительных препаратов).

Учитывая, что окончательная диагностика гастрита возможна только с учетом данных биопсии и морфологической оценки, и план обследования необходимо включить биопсию слизистой желудка с последующим морфологическим исследованием и обязательным исследованием *Helicobacter Pylori*.

Следует также провести рН-метрию, для уточнения секреторной функции желудка.

## ТЕМА 10.

### Диагностика болезней органов пищеварения

#### Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

##### Эталоны ответов к задаче № 1

1. **Предварительный диагноз:** Язвенная болезнь желудка в стадии обострения. *Обоснование:*

1) данные анамнеза: интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение; самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли; аппетит сохранен; сезонность обострений; связь обострений с психоэмоциональными перегрузками; вредные привычки курение; 2) объективные данные: при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при пальпации: болезненность в эпигастральной области; **2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», ФГС желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

##### Эталоны ответов к задаче № 2

1. **Предварительный диагноз:** Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

*Обоснование:* 1) данные анамнеза:

боли в животе “поздние”, “голодные”, “ночные”, проходят после приема молока; склонность к запорам; похудание на фоне сохраненного аппетита; вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем.

2) объективные данные: при осмотре: бледность кожи, обложенность языка; при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

**2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

## ТЕМА 11.

### Диагностика болезней органов пищеварения. Гепатиты.

#### Эталоны ответов к задаче № 1

**1. Предварительный диагноз:** хронический гепатит в стадии обострения.

*Обоснование:* 1) данные анамнеза: общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота; перенесенный 10 лет назад острый вирусный гепатит; 2) объективные данные: при осмотре: субфебрильная температура, склеры и мягкое небо с желтушным оттенком; при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье, увеличение печени.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: изменение содержания билирубина, белка и его фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пункционная биопсия печени.

3. Цирроз печени, печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

#### Эталоны ответов к задаче № 2

**1. Предварительный диагноз:** портальный цирроз печени *Обоснование:* 1) данные анамнеза: слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения; вредные привычки злоупотребление алкоголем; 2) объективные данные: при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, “печеночные” кожные знаки, красные губы, “печеночные” ладони и язык, сосудистые звездочки”; признаки портальной гипертензии симптом “головы Медузы”; отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия; увеличение живота; при пальпации:

увеличение печени и селезенки;

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.

3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

### Эталоны ответов к задаче № 3

#### 1. Предварительный диагноз: хронический холецистит в стадии обострения

*Обоснование:* 1) данные анамнеза:

тупые ноющие боли в правом подреберье; связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд; ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул; длительность заболевания.

2) объективные данные:

субфебрильная температура; при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка; при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

#### 2. Необходимые дополнительные исследования.

Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ,

дуоденальное зондирование: порция В желчи мутная, увеличение количества лейкоцитов, УЗИ желчного пузыря, Холецистография.

3. Гепатит, панкреатит, образование камней в желчном пузыре

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении

## ТЕМА 12.

### Диагностика болезней органов пищеварения. Энтериты. Колиты. Неспецифический язвенный колит. Синдром раздражённого кишечника.

### Эталоны ответов к задаче № 1

#### 1. Предварительный диагноз: хронический энтерит в стадии обострения.

*Обоснование:*

- данные анамнеза: тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи. Метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание; непереносимость молока; обострения в связи с приемом острой пищи; длительность заболевания;

- объективные данные: при осмотре: бледность и сухость кожи, “заеды” в углах рта, недостаточное развитие подкожножировой клетчатки; при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области; **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: анемия,

Микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из тонкого кишечника,

Исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо-и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, Рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

**3.** Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы).

### Эталоны ответов к задаче № 2

#### 1. Предварительный диагноз: хронический колит в стадии обострения.

*Обоснование:*

- данные анамнеза:

боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм; слабость, повышенная утомляемость; длительность заболевания; -

объективные данные:

при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка; при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

**2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: анемия.

Биохимический анализ крови: снижение белков.

Копрограмма: признаки бродильных или гнилостных процессов.

Исследование бактериальной микрофлоры кала: дисбактериоз.

Рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки.

Эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): воспалительные изменения, участки атрофии.

**3.** Дисбактериоз, значительное снижение массы тела, присоединение поражения тонкого кишечника, гиповитаминозы.

### Эталонные ответы к задаче № 3

**1. Предварительный диагноз:** хронический панкреатит в стадии обострения. *Обоснование:* - данные анамнеза: ноющие боли в животе опоясывающего характера, иррадиирующие под левую лопатку; связь боли с приемом жирной пищи; снижение аппетита, тошнота, чувство тяжести после еды в эпигастральной области; длительность заболевания; сопутствующая патология желчного пузыря;

- объективные данные:

субфебрильная температура; при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, желтушный оттенок кожи; при пальпации: болезненность в проекции поджелудочной железы.

**2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, Анализ мочи: повышение диастазы.

Копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея.

Биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы, трипсина,

Ультразвуковое исследование поджелудочной железы

**3.** Сахарный диабет

## ТЕМА 13.

### Диагностика болезней мочевыводящей системы. Нефриты.

#### Эталонные ответы к задаче № 1

**1. Предварительный диагноз:** острый гломерулонефрит.

*Обоснование:* -

данные анамнеза:

общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице; связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад).

- объективные данные:

субфебрильная температура;

при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях; при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон; при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, гипостенурия.

Анализ мочи по Зимницкому.

Анализ мочи по Нечипоренко.

УЗИ почек.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в хроническую форму.

### Эталонные ответы к задаче № 2

**1. Предварительный диагноз:** хронический гломерулонефрит стадия обострения.

*Обоснование:*

- данные анамнеза:

слабость, одышка, головная боль, тошнота, Отеки на лице. перенесенный острый гломерулонефрит; сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость; связь ухудшения состояния с переохлаждением; - объективные данные: при осмотре: бледность кожи, одутловатость лица, отеки на ногах; при перкуссии: расширение границ сердца влево; при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ,

Общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия,

Биохимическое исследование крови, Анализ мочи по Зимницкому.

Анализ мочи по Нечипоренко.

УЗИ почек.

Радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

4. Студент оценивает общий анализ мочи.

### Эталонные ответы к задаче № 3

**1. Предварительный диагноз:** хронический гломерулонефрит. Хроническая почечная недостаточность, стадия декомпенсации.

*Обоснование:* - данные анамнеза: постоянная головная боль, отсутствие аппетита, постоянная тошнота, периодическая рвота, общая резкая слабость, понос; наличие хронического заболевания почек;

- объективные данные: субфебрильная температура;

при осмотре: одутловатость лица, резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая; запах аммиака в выдыхаемом воздухе; при перкуссии: расширение границ сердца влево; при пальпации: напряженный пульс, болезненность живота в эпигастральной области; при аускультации: глухость сердечных тонов, артериальная гипертензия.

**2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: анемия.

Общий анализ мочи: снижение относительной плотности,

Биохимическое исследование крови: повышение содержания азотистых шлаков в крови (креатинин, мочевины).

Анализ мочи по Зимницкому: гипоизостенурия, олигурия, никтурия.

УЗИ почек.

Радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, уремическая кома.

#### Эталоны ответов к задаче № 4

**1. Предварительный диагноз:** острый диффузный гломерулонефрит. Диагноз поставлен на основании: данных анамнеза - развитие заболевания после сильного переохлаждения; жалоб: головная боль, как результат гипертензии; отеки, как результат нарушения фильтрационной способности почек, олигурия, тупые боли в пояснице; данных объективного обследования: при осмотре отечное и бледное лицо; гипертония, тахикардия, тоны сердца приглушены.

Основные клинические синдромы:

а) синдром почечной гипертонии, как результат избыточного выделения ренина, увеличения ОЦК, задержки натрия в организме;

б) отечный синдром, как результат снижения фильтрационной способности почек.

#### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

общий анализ мочи - протеинурия, гематурия, цилиндрурия, гипостенурия,; проба Зимницкого (с целью изучения функциональной способности почек);

#### **3. Возможные осложнения:**

развитие отека легких на фоне гипертензии; развитие почечной эклампсии; острая почечная недостаточность; переход в хроническую форму гломерулонефрита с исходом в ХПН и развитием уремии.

### ТЕМА 14.

#### Диагностика заболеваний эндокринной системы.

#### Сахарный диабет.

#### Эталоны ответов к задаче № 1.

**1. Предварительный диагноз:** сахарный диабет 1 типа.

*Обоснование:* 1) данные анамнеза: полифагия, полидипсия, полиурия, похудание; молодой возраст; 2) объективные данные: сухость и шелушение кожи; недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки **2.**

#### **Необходимые дополнительные исследования.**

**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.

Даём направление на приём к терапевту или эндокринологу.

#### Эталоны ответов к задаче № 2.

**1. Предварительный диагноз:** сахарный диабет 2 типа. Ожирение.

*Обоснование:* 1)

данные анамнеза:

жалобы на жажду, сухость во рту, кожный зуд, обильное выделение мочи; пожилой возраст; 2)

объективные данные:



сухость кожи, следы расчесов; избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки 2.

**Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ мочи:** глюкозурия, высокая относительная плотность,

**Биохимический анализ крови:** гипергликемия, гиперхолестеринемия.

3. Прогрессирование диабета, трофические изменения кожи, поражение нервной системы, снижение зрения, сердечная недостаточность

4. Пациентка нуждается в уточнении диагноза и назначении соответствующего лечения, которое может быть проведено в стационарных условиях. Даем направление на приём к терапевту или эндокринологу

## ТЕМА 15.

### Диагностика заболеваний эндокринной системы Заболевания щитовидной железы.

#### Эталоны ответов к задаче № 1.

1. **Предварительный диагноз:** диффузный токсический зоб.

1) данные анамнеза: жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия.

2. **Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** возможны анемия, лейкопения,

**биохимический анализ крови:** снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, **радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.**

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

#### Эталоны ответов к задаче № 2.

1. **Предварительный диагноз:** гипотиреоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;

2) объективные данные: пониженная температура тела;

при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. **Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** анемия,

**Биохимический анализ крови:** увеличение холестерина, снижение уровня белка, определены уровни гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, УЗИ

Радиоизотопное исследование щитовидной железы, ЭКГ

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

### Эталонные ответы к задаче № 3.

**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. Необходимые дополнительные исследования.

- 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.).

## ТЕМА 16.

### Диагностика болезней крови. Анемии.

#### Эталонные ответы к задаче № 1.

**1. Предположительный диагноз:** железодефицитная анемия *Обоснование:* 1) данные анамнеза: общая слабость, головная боль, головокружение, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, извращение вкуса; обильные и длительные менструации; 2) объективные данные:

при осмотре: кожа бледная сухая, ногти ломкие, имеется поперечная исчерченность, ЧДД 26 в мин.

при пальпации: пульс частый, мягкий;

при аускультации: приглушенность сердечных тонов, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия, артериальная гипотензия;

#### 2. Необходимые дополнительные исследования.

**Общий анализ крови:** гипохромная, микроцитарная анемия - снижение количества гемоглобина, эритроцитов и цветового показателя, микроанизоцитоз, пойкилоцитоз.

#### Биохимическое исследование крови:

снижение уровня железа сыворотки крови до 7,2– 10,8 г/л /норма 12,5-30,4 г/л/

**Снижение ферритина – Нж- 22-180мкг/л (нг/мл) Нм- 30-310мкг/л (нг/мл)**

(ферритин – белок, содержащий феррум (Fe), который можно найти во всех тканях человеческого организма),

3. Обморок

### Эталоны ответов к задаче № 2.

1. **Предположительный диагноз:** Оперированный желудок. В12 - дефицитная анемия

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

резкая слабость, головная боль, головокружение, чувство жжения в языке, одышка и сердцебиение при малейшей физической нагрузке, онемение конечностей; проведенная ранее гастрэктомия; 2) объективные данные: при осмотре: бледно-желтушная кожа, язык малиновый, с атрофированными сосочками; при пальпации: увеличение печени; при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия, артериальная гипотензия.

2. **Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** гиперхромная, макроцитарная анемия - снижение количества эритроцитов, гемоглобина, увеличение цветового показателя, увеличение СОЭ, макроанизоцитоз, мегалобласты, пойкилоцитоз, относительный лимфоцитоз, Включения в эритроциты: Кольца Кебота (остатки ядерной мембраны), тельца Жолли (остатки ядерного вещества).

**Трёхростковая цитопения** (снижение эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитопения, нейтропения со сдвигом до метамиелоцитов)

Обязательна стерильная пункция для исключения гемобластозов.

Снижен уровень витамина В 12 (Норма 100 пк/мл).

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография органов грудной клетки. 3. Анемическая кома

### Эталоны ответов к задаче № 3.

1. **Предположительный диагноз:** железodefицитная анемия – поставлен на основании:

жалоб, указывающих на наличие анемического синдрома: слабость, утомляемость, сердцебиение, одышка, извращение вкуса;

данных общего осмотра: бледность кожи и слизистых, стоматит, ломкость волос, корявость ногтей, глоссит;

обследования сердечно-сосудистой системы: склонность к тахикардии, гипотонии, приглушение тонов сердца; обследования системы пищеварения: чувствительность при пальпации в эпигастральной области, вздутие живота, склонность к поносам.

**Основной клинический синдром** – анемический, при котором в связи со снижением числа эритроцитов в крови, а также уменьшения содержания железа в эритроцитах возникает гипоксемия и гипоксия, в первую очередь, сердца и мозга.

2. **Необходимые дополнительные исследования.**

общий анализ крови: гипохромная, микроанизоцитарная анемия, пойкилоцитоз); обследование у гинеколога (меноррагии, олигоменорреи);

ФГС, рентгенологическое исследование желудка (атрофия слизистой желудка).

3. Обморок

### Эталоны ответов к задаче № 4.

1. **Предварительный диагноз:** В<sub>12</sub> – дефицитная анемия поставлен на основании:

жалоб, указывающих на наличие анемического синдрома: слабость, утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку; жалоб, указывающих на поражение нервной

системы: парестезии, онемение в конечностях; жалоб, указывающих на поражение желудка: тяжесть в эпигастрии, поносы как следствие анацидного состояния; данных осмотра: бледность, желтушный оттенок кожи как результат гемолиза эритроцитов, малиновый язык; умеренное увеличение печени, болезненность при пальпации в эпигастрии; субфебрильная лихорадка.

При данной анемии идет мегалобластный тип кроветворения.

Эритроциты большие, ядерные, легко разрушаются с развитием гемолиза. Анемия гиперхромная.

**Основной клинический синдром** – анемический, при этом вследствие гипоксемии развивается гипоксия, в первую очередь, мозга и сердца.

## **2. Дополнительные обследования для подтверждения диагноза:**

общий анализ крови (гиперхромная анемия, наличие мегалоцитов), анизоцитоз, пойкилоцитоз; ФГС желудка, рентгенологическое исследование желудка (наличие атрофического гастрита); биохимическое исследование крови на билирубин; осмотр невропатолога.

## **ТЕМА 17.**

### **Диагностика болезней крови. Лейкозы. Идиопатическая пурпура.**

#### **Эталонные ответы к задаче № 1.**

##### **1. Предположительный диагноз: острый гемобластоз.**

*Обоснование:* 1)

данные анамнеза:

жалобы на выраженную слабость, гипертермию, боли в костях, чувство тяжести и ноющие боли в животе, боли в горле.

2) объективные данные: повышение температуры; при осмотре: гиперемия зева, геморрагическая сыпь;

при перкуссии: болезненность при поколачивании плоских костей; при пальпации: болезненность живота в верхней половине, увеличение печени и селезенки 2.

##### **Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, наличие в периферической крови бластных клеток, отсутствие переходных форм, «лейкемический провал», Пункция костного мозга- трепанобиопсия.

##### **3. Пневмония, сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияние в мозг**

#### **Эталонные ответы к задаче № 2.**

##### **1. Предположительный диагноз: хронический лимфолейкоз.**

*Обоснование:* 1)

данные анамнеза:

быстрая утомляемость, недомогание, понижение аппетита, появление припухлостей в области шеи; пожилой возраст; мужской пол.

2) объективные данные: субфебрильная температура;

при осмотре: бледность кожи, опухолевидные образования в области шеи; при пальпации: увеличение подчелюстных, шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки.

##### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия, тромбоцитопения,

Трепанобиопсия

Пункция лимфатических узлов.

##### **3. Пневмония, сепсис, анемия**

### Эталоны ответов к задаче № 3.

1. **Предположительный диагноз:** Острый лейкоз, предположительный диагноз поставлен на основании клинических данных: геморрагический синдром, лихорадка, лимфаденопатия, синдром микробной интоксикации, отсутствие указания на возможную причину заболевания в анамнезе.

При данном заболевании резко нарушаются процессы созревания клеток красного костного мозга, угнетается нормальный гемопоэз с развитием анемии, кровотечений, иммунодефицита. Появляются метастазы, опухоли во внутренних органах, сосудах суставах, коже и т.д.

2. **Дополнительные обследования, подтверждающие диагноз:**

- общий анализ крови: появление бластемии, цитопении;
- стерильная пункция для уточнения характера кроветворения на уровне красного костного мозга.

3. **Возможные осложнения:** гнойно-септические осложнения в результате иммунодефицита (пневмонии, пиелонефрит, септицемия, септикопиемия); вторичная анемия в результате геморрагического диатеза;

сердечная и дыхательная недостаточность, токсический гепатит; поражение нервной системы как результат лейкозной инфильтрации (менингеальные симптомы, парезы, радикулоневриты и т.д.).

## ТЕМА 18.

### Диагностика болезней опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Подагра.

#### Эталоны ответов к задаче № 1.

1. **Предположительный диагноз:** Острая ревматическая лихорадка. Ревматический эндокардит, ревматический полиартрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера,
- неприятные ощущения в области сердца;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции;
- ухудшение состояния через 2 недели после ангины; 2) объективные данные:
- субфебрильная температура;
- при осмотре: коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме.
- при аускультации: приглушение тонов сердца,
- пульс 92 удара в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст

2. **Необходимые дополнительные исследования.**

**Общий анализ крови:** увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз при отчетливом поражении суставов),

**биохимический анализ крови:** увеличение фибриногена, а-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин-О, антигиалуронидаза),

**рентгенография** органов грудной клетки: при тяжелом течении ревмокардита - увеличение

размеров сердца, **рентгенография суставов** - отсутствие признаков поражения костных структур.

**ультразвуковое исследование сердца**, электрокардиография: могут быть нарушения проводимости (удлинение интервала PQ), снижение амплитуды зубца Т.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

#### Эталонные ответы к задаче № 2.

- 1. Предположительный диагноз:** Диагноз: Ревматоидный артрит, амилоидоз почек *Обоснование:* данные анамнеза: боли в мелких суставах кистей, дизурические явления (поражение почек); поносы, частый жидкий стул (поражение ЖКТ), болен 3 года. Мать больного страдала заболеванием суставов кистей.  
объективные данные: субфебрильная температура;  
при осмотре: межфаланговые суставы кистей отёчны, кожа над ними гиперемирована, пальпация и движения в них болезненны. Лицо бледное, отеки на глазах
- 2. Необходимые дополнительные исследования.** Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ,  
биохимический анализ крови: появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора,  
рентгенография суставов: сужение суставной щели, разрежение костной ткани, появление узур и эрозий.
- 3.** Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких)

#### Эталонные ответы к задаче № 3.

**1. Предположительный диагноз:** Ревматоидный артрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

□ ноющие боли в мелких суставах, чувство скованности и тугоподвижности; □  
постепенное начало заболевания.

2. объективные данные: субфебрильная температура;

- при осмотре: деформация мелких суставов кистей;
- при пальпации: болезненность и ограничение движения в мелких суставах кистей;

**Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ,

**биохимический анализ крови:** появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора,  
**рентгенография суставов:** сужение суставной щели, разрежение костной ткани, появление узур и эрозий.

**3.** Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких)

#### Эталонные ответы к задаче № 4.

**1. Предположительный диагноз:** Ревматоидный артрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- отечность и боли в мелких суставах кисти и в коленных суставах.
- 2) объективные данные: субфебрильная температура;
- мелкие суставы обеих кистей и коленные суставы гиперемированы, отечны.

**2. Необходимые дополнительные исследования. Общий анализ крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ,  
**биохимический анализ крови:** появление С-реактивного белка,

ревматоидного фактора, **рентгенография суставов**: сужение суставной щели, разрежение костной ткани, появление узур и эрозий.

**3.** Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких)

## Тема 19.

### Диагностика аллергозов.

#### Эталоны ответов к задаче № 1.

**1. Предположительный диагноз:** Острая крапивница.

*Обоснование:* 1) данные анамнеза: сильный кожный зуд, появление волдырей; связь заболевания с употреблением рыбы;

2) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: волдырная сыпь по всему телу на гиперемированном фоне кожи **2.**

#### **Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов.

Аллергологические тесты.

Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, Исследование кала для выявления гельминтозов.

**3.** Переход в хроническую форму.

**4.** Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

**5.** Прогноз для жизни, как правило, благоприятный. Возможно развитие отёка Квинке, протекающего с развитием отёка верхних дыхательных путей. Данное состояние уже несёт угрозу для жизни. Кроме того, крапивница может быть проявлением внутренней патологии, в том числе и онкологических заболеваний, что, безусловно, утяжеляет прогноз для пациента. В 30% случаев возникают хронические формы заболевания. Крапивница может быть одним из первых симптомов тяжелой аллергической реакции известной как анафилаксия.

#### Эталоны ответов к задаче № 2.

**1. Предположительный диагноз:** отёк Квинке.

*Обоснование:* 1)

данные анамнеза:

выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38°C. Связь заболевания с инъекцией гентамицина.

2) объективные данные: повышение температуры до 38°C; при осмотре: на лице значительно выраженный отек, глаза почти закрыты. Язык почти не умещается во рту.

Пульс 110 уд. АД 150/90.

#### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов.

Аллергологические тесты.

Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, Исследование кала для выявления гельминтозов.

**3.** Отек гортани встречается в 20-25% всех острых случаев болезни и представляет большую опасность для жизни больного; он может возникнуть одновременно с другими симптомами отека Квинке. Отек гортани развивается молниеносно Больной внезапно отмечает затруднение дыхания, в связи, с чем становится беспокойным, теряет голос, лицо становится синюшным.

Приступ длится от нескольких минут до получаса. В дальнейшем удушье прекращается, но в течение некоторого времени сохраняется ощущение помехи при дыхании и легкая охриплость голоса.

При осмотре во время приступа отмечается резкая отечность языка, мягкого неба, миндалин, языка. В тяжелых случаях отек быстро прогрессирует, удушье нарастает, и больной может погибнуть от асфиксии.

При абдоминальном синдроме отек захватывает пищевод, желудок и кишечник. Отек подкожной клетчатки при этом может отсутствовать, что затрудняет распознавание заболевания. Приступ начинается с резчайших болей в животе и неукротимой рвоты сначала пищей, а затем светлой жидкостью с примесью желчи. Отмечается метеоризм. В этом случае необходимо как можно скорее вызвать скорую помощь! В большинстве случаев такой приступ заканчивается поносом, иногда с примесью крови.

Неврологические нарушения при отеке Квинке, связанные с отеком мозговых оболочек, вещества мозга, внутреннего уха, встречаются значительно реже, чем поражения подкожной жировой клетчатки. При неврологической форме заболевания отмечаются эпилептиформные припадки, а также зрительные расстройства. При появлении таких симптомов также требуется экстренная медицинская помощь.

**4.** Пациент нуждается в стационарном лечении.

**5.** Прогноз ангионевротического отека в большинстве случаев благоприятный. Опасность для жизни представляет, как правило, только отек Квинке с локализацией в гортани.

Неблагоприятен прогноз при наследственном ангионевротическом отеке. Описаны семьи, где несколько поколений страдали этим заболеванием и умирали в возрасте до 40 лет от асфиксии при ангионевротическом отеке гортани.

### **Эталоны ответов к задаче № 3.**

**1. Предположительный диагноз:** Анафилактический шок *Обоснование:* 1) данные анамнеза: беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. Связь заболевания с инъекцией пенициллина.

2) объективные данные:

АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения.

**2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов.

Аллергологические тесты.

Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, Исследование кала для выявления гельминтозов.

**3.** Анафилактический шок в случае крайне тяжелого течения может привести к остановке дыхания и сердечной деятельности.

Асфиксия (непроходимость дыхательных путей) может быть вызвана: бронхоспазмом - как правило, бывает у пациентов, страдающих кроме анафилаксии еще и бронхиальной астмой сдавлением. Помочь может только немедленная сердечно-легочная реанимация (СЛР).

**4.** Все больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть госпитализированы и оставлены под наблюдение на срок от 4 до 24 часов (в отечественных руководствах – до недели). Это особенно важно для пациентов с предыдущей историей двухфазного течения анафилактической реакции, при неполной элиминации аллергена (например, при пищевой аллергии), при наличии тяжелой бронхиальной астмы и т.д.

**5.** Около 10% анафилактических реакций заканчивается смертью. Купирование острой реакции еще не означает благополучного исхода. При тяжелых реакциях возможно развитие второй волны падения АД через 4-8 часов (двухфазное течение), а у 3-4% больных встречаются поздние аллергические осложнения с поражением жизненно важных органов спустя 3-4 недели.



#### **Эталоны ответов к задаче № 4.**

**1.Предположительный диагноз:** повторная ревматическая лихорадка, ревмокардит.

Анафилактический шок

1).Диагноз поставлен на основании анамнеза:

Жалобы: на чувство страха, слабости, кожного зуда, затруднение дыхания в связи с инъекцией бициллина.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает аллергическими заболеваниями (экссудативнокатаральный диатез в детстве и ревматизм). После предыдущих инъекций бициллина произошла сенсibilизация организма.

2).Объективные данные: сознание отсутствует, ортопное, бледность кожных покровов, холодный липкий пот.

АД 75/45 мм.рт.ст., пульс 110 в минуту слабого наполнения и напряжения.

#### **2. Необходимые дополнительные исследования.**

Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов.

Аллергологические тесты.

Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, Исследование кала для выявления гельминтозов.

**3.Анафилактический шок** в случае крайне тяжелого течения может привести к остановке дыхания и сердечной деятельности.

Асфиксия (непроходимость дыхательных путей) может быть вызвана: бронхоспазмом - как правило, бывает у пациентов, страдающих кроме анафилаксии еще и бронхиальной астмой сдавлением. Помочь может только немедленная сердечно-легочная реанимация (СЛР).

**4.** Состояние требует неотложной помощи и экстренной госпитализации в реанимационное отделение стационара. Все больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть госпитализированы и оставлены под наблюдение на срок от 4 до 24 часов (в отечественных руководствах – до недели).

Это особенно важно для пациентов с предыдущей историей двухфазного течения анафилактической реакции, при неполной элиминации аллергена (например, при пищевой аллергии), при наличии тяжелой бронхиальной астмы и т.д.

**5.** Около 10% анафилактических реакций заканчивается смертью. Купирование острой реакции еще не означает благополучного исхода. При тяжелых реакциях возможно развитие второй волны падения АД через 4-8 часов (двухфазное течение), а у 3-4% больных встречаются поздние аллергические осложнения с поражением жизненно важных органов спустя 3-4 недели.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Университетская библиотека online».