

Общие положения

В соответствии с федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (в редакции от 3 августа 2018 г.), приказом Министерства образования и науки РФ от 05 апреля 2017 г. № 301 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», приказом Минобрнауки России от 29.06.2015 г. N 636 (в редакции от 28.04.2016 г.); приказом Минобрнауки России от 28.04.2016 N 502 «О внесении изменений в Порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 июня 2015 г. N 636»; «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры», положением об итоговой государственной аттестации выпускников высших учебных заведений Российской Федерации, утвержденным приказом Минобрнауки России от 25 марта 2003 г. № 1155, положением об итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских и фармацевтических учебных заведений Российской Федерации (Письмо Минздрава России от 15.06.2000 г. № 2510/ 6646-26), ФГОСом ВО по специальности «Лечебное дело» (Приказ Министерства образования и науки РФ от 09 февраля 2016 г. № 95), Уставом ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России государственная итоговая аттестация выпускников, завершающих обучение по программам высшего профессионального образования, является обязательной.

Целью государственной итоговой аттестации является установление уровня подготовки выпускников ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России к выполнению профессиональных задач и соответствия их подготовки требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО). Государственная итоговая аттестация выпускников по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» проводится в форме трехэтапного экзамена. Объем государственных требований к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки выпускника определяется настоящей программой государственной итоговой аттестации по специальности (31.05.01) «Лечебное дело», разработанной на основе действующего ФГОС ВО и квалификационной характеристики, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Теоретическая подготовка предусматривает знания основ гуманитарных, социально - экономических, естественно - научных, медико - биологических, медико - профилактических, клинических дисциплин, необходимых для понимания этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных болезней человека.

Выпускник, освоивший основную образовательную профессиональную программу по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», должен уметь провести обследование пациента, поставить предварительный диагноз общего соматического заболевания, принять решение о направлении его к соответствующим специалистам, а также выполнять основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с действующими учебными программами в рамках учебного плана по специальности. К программе прилагается фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации (Приложения 1-3), который включает в себя:

- перечень общемедицинских проблем, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;

- типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы (перечень практических умений; аттестационные тестовые задания; ситуационные клинические задачи)
- описание показателей и критериев оценивания, а также шкал оценивания;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

Перечень состояний и заболеваний представлен в соответствии с учебными программами на основе международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. Разделы перечня состояний и заболеваний построены по системному принципу и объединяют всю патологию, относящуюся к данной системе органов по разным клиническим дисциплинам.

По каждому состоянию и заболеванию выпускнику необходимо **знать**:

- этиологию и патогенез;
- современную классификацию;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- синдромологию поражения различных органов и систем с использованием знаний, полученных на прикладных дисциплинах;
- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз;
- обоснование тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определить прогноз.

Знания лечебных мероприятий должны включать все виды воздействий: режим, диету, устранение причинных факторов; медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое лечение, лучевую терапию, методы детоксикации, трансфузионное лечение, методы электроимпульсной терапии, трансплантацию органов. По отношению ко всем специальным методам лечения, включая оперативное, необходимо знание сущности принципов их проведения и показания к ним.

Кроме того, выпускник должен **знать**:

- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению, стационарного лечения больных, помощи пострадавшим в очагах массовых потерь в современной системе здравоохранения России;
- основы организации страховой медицины;
- вопросы организации экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению;
- основные показатели лечебно-диагностической работы ЛПУ;
- вопросы организации неспецифической и специфической профилактики основных инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в стране;
- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения.

Выпускник должен соблюдать правила медицинской этики, морально-этические нормы взаимоотношений медицинских работников между собой и с пациентами.

В связи с реализацией концепции непрерывного высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования государственная итоговая аттестация должна учитывать, что выпускник – это специалист, имеющий качественную фундаментальную подготовку, но при этом владеющий лишь начальным опытом ее применения в практической деятельности. Поэтому критерием качества высшего медицинского образования является определение способности выпускника применять основные понятия, положения, методы всех дисциплин учебного плана в качестве методологического, теоретического и тех-

нологического средства обоснования и выполнения целевых видов познавательной и профессиональной деятельности на этапах его дальнейшей учебы и работы.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом
25 октября 2023 г., протокол № 2

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
профессор _____ В.И. Орел



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

**«Перечень общемедицинских проблем,
которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения
образовательной программы»**

Санкт-Петербург
2023

ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Общественное здоровье и здравоохранение

Критерии (показатели) общественного здоровья и их определение. Основные факторы, определяющие здоровье населения. Виды профилактики, основные задачи и показатели ее эффективности. Методы изучения здоровья населения. Роль медицинской статистики в изучении состояния здоровья различных возрастно-половых групп населения и деятельности основных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

Правовые основы деятельности органов и учреждений здравоохранения. Системы здравоохранения, особенности здравоохранения в России.

Основные принципы организации учреждений здравоохранения, структура и показатели деятельности. Особенности работы врача в амбулаторных и стационарных учреждениях.

Медицинская этика

Морально-этические нормативы взаимоотношений врач-пациент, врач-врач, врач-средний и младший медперсонал, врач-родственники пациента. Врачебная тайна. Ответственность врача за профессиональные нарушения.

Возрастно-половые особенности функционирования организма.

Санитарно-эпидемиологические закономерности возникновения, развития и распространения болезней.

Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний, гуморальный и клеточный иммунитет.

ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ

I. Инфекционные и паразитарные болезни

Кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, паратифы, дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, холера, ботулизм, вирусные гепатиты, иерсиниоз, амебиаз, лямблиоз, гельминтозы.

Воздушно-капельные инфекции: ОРВИ, синдром крупа ОРВИ, грипп, аденовирусная инфекция, герпетическая инфекция, краснуха, корь, ветряная оспа, коклюш, дифтерия, скарлатина, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, микоплазменная инфекция, полиомиелит, туберкулез.

Трансмиссивные инфекции: сыпной тиф, малярия.

Антропозоонозные инфекции: бруцеллез, чума, туляремия, сибирская язва, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство.

Инфекции наружных покровов: рожа, столбняк.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем: гонорея, сифилис, СПИД (ВИЧ-инфекция), хламидиоз, трихомониаз.

Грибковые поражения.

II. Новообразования (по всем системам органов – злокачественные и доброкачественные)

III. Болезни крови и кроветворных органов

Анемии: постгеморрагические, железодефицитные, В₁₂-фолиево-дефицитные, апластические, гемолитические врожденные и приобретенные (иммунные и неиммунные).

Панцитопении, агранулоцитоз.

Геморрагические синдромы: тромбоцитопения, гемофилия, болезнь Рандю–Ослера, геморрагический васкулит, ДВС-синдром, гемолитическая болезнь новорожденных, лучевая болезнь.

Гемобластозы: острые лейкозы у детей и взрослых, хронические лейкозы, миеломная болезнь, истинная полицитемия (эритремия); лимфомы (лимфогрануломатоз и другие). Лейкемоидные реакции.

Гемотрансфузионные реакции.

Эозинофилии.

IV. Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ

Болезни щитовидной железы: эндемический зоб, диффузный токсический зоб, аденомы, рак, тиреодит, гипотиреоз, микседема.

Гипер- и гипопаратиреоз.

Гипофизарно-гипоталамические нарушения: акромегалия, нанизм, болезнь Иценко–Кушинга, несарный диабет.

Сахарный диабет 1 и 2 типа, кетоацидоз, гиперосмолярная кома, макро- и микроангиопатии. Гипогликемия, гиперинсулинизм.

Болезни надпочечников: глюкостерома (синдром Иценко–Кушинга), альдостерома (синдром Конна), феохромоцитома, андрено-генитальный синдром, надпочечниковая недостаточность.

Болезни яичников: гиперэстрогенизм, гипогонадизм, склерокистозный овариальный синдром (Штейна–Левенталя). Мастопатии.

Нарушения обмена веществ: ожирение, дислипидемии, гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона–Коновалова), гемохроматоз.

V. Психические болезни

Неврозы (неврастения, истерия), фобии, состояние тревоги, нарушения настроения.

Нарушения, связанные с алкоголизмом и наркоманиями. Алкогольные психозы, острая алкогольная интоксикация.

Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Инволюционный психоз.

Половые расстройства: вагинизм, гиперсексуальность, импотенция, фригидность.

VI. Болезни нервной системы

Невриты и невралгии, полинейропатии, дискогенные радикулопатии при заболеваниях позвоночника.

Сосудистые болезни головного мозга: острые нарушения мозгового кровообращения (инсульт, тромбоз, эмболия), субарахноидальное кровоотечение, синдром повышенного внутричерепного давления; дисциркуляторная энцефалопатия, перинатальная энцефалопатия.

Инфекционные болезни: менингит, энцефалит, СПИД (ВИЧ-инфекция), абсцесс, нейросифилис, миелит.

Медленные инфекции: болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона.

Разные: миастении, детский церебральный паралич, мигрень, эпилепсия.

Энурез.

VII. Болезни глаз

Острый конъюнктивит, дакриоцистит, блефарит, ячмень; ретинопатии при заболеваниях внутренних органов; близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, катаракта, глаукома, кератит, отслойка сетчатки, слепота.

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка

Глухота, тугоухость, отит, мастоидит, отосклероз, неврит слухового нерва, болезнь Меньера.

IX. Болезни системы кровообращения

Болезни эндокарда: ревматический и инфекционный эндокардит, приобретенные пороки сердца.

Врожденные пороки: открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты.

Болезни миокарда: миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда.

Болезни перикарда: перикардиты фибринозный, экссудативный, констриктивный, тампонада сердца, травматические повреждения сердца.

Артериальные гипертензии: эссенциальная (гипертоническая болезнь), симптоматические. Нейроциркуляторная дистония.

Атеросклероз, дислипидемии. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда. Расслаивающая аневризма аорты.

Недостаточность кровообращения: острая (сердечная астма, отек легких, шок), хроническая застойная.

Нарушение ритма и проводимости сердца: экстрасистолия, мерцание и трепетание предсердий, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция желудочков, асистолия, блокады.

Заболевания периферических артерий: эндартериит, атеросклероз, тромбоз, эмболия. Болезни вен: варикоз, тромбоз, тромбофлебит, хроническая венозная недостаточность, целлюлит.

Болезни сосудов легких: тромбоз и эмболия легочной артерии; инфаркт легкого, легочная гипертензия, легочное сердце.

X. Болезни органов дыхания

Болезни носа, околоносовых пазух, глотки, гортани, трахеи: ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, ангина, перитонзиллярный абсцесс; острый ларинготрахеит; обструкция гортани, глотки; травмы.

Инфекции легких: острый бронхит, пневмонии, абсцесс, туберкулез.

Обструктивные болезни легких: хронический бронхит, бронхоэктазия; бронхиальная астма, эмфизема легких; ателектаз, аспирация.

Пневмокониозы (силикоз, асбестоз и другие) и фиброзирующие болезни (альвеолиты, саркоидоз).

Дыхательная недостаточность острая и хроническая, в том числе острый респираторный дистресс-синдром у детей и взрослых.

Болезни плевры: плевриты, пневмоторакс, гемоторакс.

XI. Болезни органов пищеварения

Болезни полости рта, зубов, слюнных желез, ротоглотки.

Болезни пищевода: рефлюксный эзофагит, грыжа диафрагмы, кардиоспазм.

Болезни желудка: гастрит, язва желудка.

Болезни кишечника: энтероколит, язва двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, терминальный илеит (болезнь Крона), неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции, аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, дивертикулез, геморрой, трещины заднего прохода, парапроктит.

Дисбактериоз. Желудочно-кишечные кровотечения.

Грыжа: пищевода отдела диафрагмы, белой линии живота, бедренная, паховая, пупочная, послеоперационная.

Перитонит.

Болезни поджелудочной железы: панкреатиты, муковисцидоз, гастринома (синдром Золлингера–Эллисона).

Болезни печени и желчных путей: гепатиты, циррозы, эхинококкоз, абсцесс, печеночная недостаточность, желтухи; портальная гипертензия, асцит. Желчно-каменная болезнь, холециститы, холангит. Постхолецистэктомический синдром. Дискинезии желчных путей.

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки

Инфекции кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, абсцессы, герпес простой, опоясывающий; пиодермии, угри; дерматофитозы.

Воспалительные болезни кожи и подкожной клетчатки: экзогенный дерматит, экзема, псориаз, лишай, эритемы, крапивница, пузырчатка.

Трофические язвы, гангрена.

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Воспалительные болезни: ревматизм, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, узелковый периартрит; бурсит, тендовагинит.

Инфекционные: остеомиелит, септический артрит, туберкулез суставов, костей.

Дегенеративные: деформирующий остеоартроз, остеохондроз позвоночника, контрактура Дюпюитрена, лопаточно-плечевой синдром.

Метаболические: остеопороз, хондрокальциноз, подагра, рахит.

Врожденные пороки и дефекты развития: врожденный вывих бедра; кривошея, сколиотическая болезнь, плоскостопие, асептический некроз головки бедренной кости, миопатии.

XIV. Болезни мочеполовой системы

Болезни мочевыделительной системы: гломерулонефрит острый и хронический, амилоидоз почек, нефротический синдром; острая и хроническая почечная недостаточность. Острый и хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, паранефрит, нефроптоз, поликистоз, инфаркт почек.

Пиелит, цистит, уретрит, обструкции мочевых путей, гидронефроз, недержание мочи, энурез. Стриктура уретры, уретеролитиаз.

Болезни мужских половых органов: простатит, аденома, орхоэпидидимит, варикоцеле, водянка яичка и семенного канатика. Семинома, крипторхизм, фимоз, парафимоз, баланопостит, импотенция, мужское бесплодие.

Болезни молочной железы.

Воспалительные и невоспалительные болезни женских тазовых и половых органов: вульвит, бартолинит, кольпиты, эндометрит, сальпингоофорит, tuboовариальные опухоли, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит; эндометриоз, миома матки, фоновые и предраковые заболевания женских половых органов; аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, альгоменорея, бесплодие; острый живот в гинекологии.

XV. Беременность, роды, послеродовый и неонатальный периоды

Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода при физиологическом их течении и в случаях осложнений. Планирование семьи. Контрацепция, стерилизация.

XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (по всем системам органов)

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, неклассифицированные в других рубриках

(Экстремальные и терминальные состояния)

Кома, делирий, деменция, обморок, атаксия, нарушения сна.

XIX. Травмы

Травмы различной локализации. Инородные тела. Поражения электрическим током, отморожения различной локализации.

Утопление, повешение; аспирационная, компрессионная и другие виды асфиксии.

Укусы и ужаления. Анафилактический шок.

Отравления лекарственными и токсическими веществами.

Эффекты воздействия высокой температуры, света и химическими веществами.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом
25 октября 2023 г., протокол № 2

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
профессор _____ В.И. Орел



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

**«Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для
оценки результатов освоения образовательной программы
(перечень практических умений; ситуационные клинические задачи)»**

Санкт-Петербург
2023

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА-ВЫПУСКНИКА

Общеврачебные умения

Сбор и оценка анамнеза:

- социального;
- биологического;
- генеалогического.

Антропометрическое обследование пациента:

- измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы;
- оценка физического развития пациента на основании использования данных антропометрических

стандартов и индексов.

Психометрическое обследование и оценка нервно-психического развития (состояния) пациента.

Проведение и оценка результатов функциональных нагрузочных проб по Шалкову, Штанге – Генча.

Измерение и оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыханий в минуту у пациента.

Определение группы здоровья пациента на основании комплексной оценки состояния здоровья.

Клиническое обследование здорового и больного пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация.

Сбор материала для лабораторных исследований при соматической и инфекционной патологии у пациента: крови, мочи, кала, костного мозга, спинномозговой жидкости.

Оценка результатов анализов:

– общего анализа крови, анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису–Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому, копрограммы;

– биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях:

- ревматологический комплекс (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба);

- почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор);

- печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ);

– кислотно-основного состояния крови;

– сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи;

– серологического маркерного спектра у больных вирусными гепатитами А, В, С;

– исследования иммунного статуса при различных формах инфекционных заболеваний у пациента;

– исследования на сывороточные маркеры при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе и др.;

– проб Манту, Пирке.

Определение группы крови по системе ABO и Rh.

Выполнение пробы на:

– индивидуальную совместимость крови донора и больного;

– пригодность крови, кровезаменителей, других растворов для переливания.

Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.

Оценка результатов инструментальных методов исследования:

– ультразвукового сканирования;

– желудочного и дуоденального зондирования;

– рентгенографического исследования;

– электрокардиографического исследования;

– бронхоскопии и бронхографии;

– люмбальной, стеральной, плевральной пункций.

Подготовка пациента к рентгенологическому и ультразвуковому обследованию органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.

Выполнение пальцевого исследования прямой кишки.

Проведение постурального дренажа бронхов.

Проведение наружного и внутреннего обследования беременных в ранних и поздних сроках беременности.

Определение реакции зрачков на свет.

Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулирование предварительного диагноза.

Обоснование этиологической, патогенетической и посиндромной терапии при различных патологических состояниях у пациентов.

Обработка полости рта, ушей, носа.

Промывание глаз.

Удаление инородного тела:

- из конъюнктивы;
- из наружного слухового прохода, из полости носа;
- из полости рта.

Обработка глаз при ожогах.

Проведение передней тампонады при носовом кровотечении.

Остановка наружного кровотечения путем:

- пальцевого прижатия сосуда;
- наложения давящей повязки;
- наложения жгута.

Промывание желудка. Постановка очистительных, сифонных и лекарственных клизм.

Отсасывание содержимого из верхних дыхательных путей (с использованием электро- и механического отсосов).

Наложение калоприемника.

Обработка пролежней.

Выполнение инъекций лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно, внутривенно), расчет доз и разведений лекарственных средств.

Подготовка системы для внутривенной инфузии и проведение внутривенного переливания жидкостей.

Установка воздуховода.

Подготовка набора инструментов, материалов, медикаментов и проведение первичной хирургической обработки раны.

Наложение повязки на все области тела.

Переязка чистой и гнойной раны. Наложение бактерицидных повязок. Использование индивидуально-го перевязочного пакета. Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность.

Выполнение иммобилизации при вывихах и переломах верхних и нижних конечностей путем использования:

- подручных средств;
- транспортных шин.

Определение правильности наложения гипсовой лангеты.

Выполнение непрямого массажа сердца. Демонстрация техники работы с дефибриллятором. Выполнение ИВЛ способом рот-в-рот, рот-в-нос, мешком Амбу.

Оказание неотложной помощи при:

- ожогах, отморожениях и электротравме;
- острой дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапах;
- остром отеке легких;
- отравлениях и интоксикациях;
- ожогах пищевода;
- острой дегидратации;
- шоке разного генеза;
- гипертермии;
- остром нарушении мозгового кровообращения;
- гипертоническом кризе;
- отеке мозга;
- судорогах;
- эпилептиформном припадке;
- ДВС-синдроме;
- обмороке, коллапсе;
- солнечном и тепловом ударе;
- утоплении;
- острых аллергических реакциях;
- приступе бронхиальной астмы;
- ангинозном статусе;
- диабетической коме;

- приступе почечной колики;
- острых кишечных и респираторных инфекциях;
- укусах животными, змеями и насекомыми.

Выписка и оформление рецептов, в том числе льготных, на наркотические и приравненные к ним препараты. Ведение типовой медицинской документации. Организация работы сестринского поста.

Составление плана и проведение санитарно-просветительной работы.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции.

Проведение анализа показателей работы врачей и лечебно-профилактических учреждений.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

Больной, 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились полгода назад, интенсивность их постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца — на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс 84 в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какова дальнейшая тактика диагностики и лечение больного?
4. Какой прогноз у больного (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3-й этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но болью их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках - при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт.ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 73 лет, длительное время страдает атеросклерозом с преимущественным поражением сосудов сердца, мозга, нижних конечностей. Периодически лечится в стационаре. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль и онемение конечностей, ноющую боль внизу живота. Общее состояние удовлетворительное, пульс ритмичный, АД 160/80 мм рт.ст. В брюшной полости пальпируется плотное пульсирующее образование. На следующий день после поступления в стационар усилилась боль в животе, отмечалась потеря сознания, АД снизилось до 60/40 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 42 лет, обратился с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Пульс 74 уд/мин, напряженный, пульсация тыла стопы резко ослаблена. АД 180/90 мм рт.ст.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 65 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, снижение аппетита, неприятные ощущения во рту (чувство жжения в области языка), одышку при физической нагрузке. Кожные покровы бледные, с легкой желтушностью. При осмотре полости рта - «лакированный язык». Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки. При фиброгастроскопии выявляются признаки атрофического гастрита. В клиническом анализе крови: Нb - 58 г/л, Э - $1,3 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,3; Л - $2,8 \times 10^9/л$, П - 8 %, С - 48 %, Лф - 40 %, М - 5 %, Эз - 1 %; тромбоциты - $1,1 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 2 %, СОЭ - 35 мм/час. Кривая Прайс-Джонса сдвинута вправо, определяются полисегментированные нейтрофилы, мегаглобулы, а также тельца Жолли и кольца Кебота.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 28 лет, предъявляет жалобы на периодическую лихорадку, умеренный кожный зуд, незначительное похудание. Повышение температуры тела часто сопровождается ознобами, а ее снижение - профузным потом. Повышенная потливость проявляется наиболее отчетливо в ночные часы. При физикальном исследовании определяются увеличенные затылочные, шейные и надключичные лимфатические узлы. Пальпаторно выявляется умеренное увеличение печени и селезенки. В биоптатах лимфатических узлов выявлены клетки Березовского-Штернберга. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 65 лет, поступила на обследование в ревматологическое отделение с жалобами на постоянные боли в суставах и костях, которые с каждым годом усиливаются. Ей стало трудно ходить. Беспокоили боли в пояснице и в подлопаточной области. В прошлом году упала на улице, ушиблась не сильно, но получила перелом костей левого предплечья, который трудно консолидировался. Окружающие стали замечать, что у больной изменилась походка - она стала ходить вразвалку, «как утка». При обследовании больной на рентгенограммах выявился выраженный распространенный остеопороз, особенно в плоских костях. Появились очаги декальцинации костей, как будто они изъедены молью. УЗИ брюшной полости выявило наличие конкрементов в почках. При фиброгастроскопии была выявлена язвенная болезнь желудка. В области щитовидной железы обнаружен небольшой узел. Биохимический анализ крови: общий белок - 90 г/л, общий кальций - 2,9 ммоль/л, ионизированный кальций - 1,56 ммоль/л, неорганический фосфор - 0,6 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 36 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38°C, резкую общую слабость, кровоточивость десен, обильные носовые кровотечения. Указанные симптомы появились после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции, во время которой пациентка получала сульфаниламидные препараты.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов. Печень, селезенка и лимфатические узлы не увеличены. Над областью сердца выслушивается дующий систолический шум, тоны сердца сохранены.

В анализе крови: Нb - 50 г/л, Э - $1,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,83; Л - $2,0 \times 10^9/л$, П - 5 %, С - 35 %, Лф - 52 %, М - 8 %, Эз - 0; тромбоциты - $30 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 1 %. СОЭ - 58 мм/час.

В пунктате костного мозга: резкое уменьшение числа мегакариоцитов.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 62 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, боли в позвоночнике, потливость, склонность к простудным заболеваниям. Отмечаются бледность кожных покровов, болезненность в плоских костях при поколачивании. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: Нb - 78 г/л, Э - $2,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,83, Л - $4,2 \times 10^9$ /л, формула не изменена; тромбоциты - $3,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 68 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок сыворотки - 150 г/л. При электрофорезе белков сыворотки крови: альбумины - 40%, дополнительная фракция между β - и γ -глобулинами, равная 22 %.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 23 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения. Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранился, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не было. При осмотре - истощен, кожа сухая, шершавая. Язык красный, липкий. Изо рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 ударов в минуту). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает изпод края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 60 лет, поступила в эндокринологическое отделение по поводу выраженного ожирения. Стала заметно прибавлять в весе в последние годы. Диету практически не соблюдала. Чувствовала себя в целом неплохо. В последнее время обратила внимание на появившиеся небольшую сухость во рту, позывы на мочеиспускание по ночам. Нередко по вечерам испытывала тягу к сладостям. Появился зуд в области промежности. Периодически повышается артериальное давление до 160/95 мм рт.ст. В семье больной по женской линии - склонность к ожирению и артериальная гипертензия, ее родная тетя в старости будто бы имела повышения уровня сахара в крови, но ничем, не лечилась. Обратилась в поликлинику, где ей исследовали уровень глюкозы крови (натощак - 4,3 ммоль/л) и мочи (не обнаружен). Больной была предложена госпитализация в эндокринологическое отделение для обследования и лечения. При осмотре - ожирение III степени, равномерное, пиллового типа. На ладонях - начальные проявления контрактуры Дюпуйтрона. Границы отекшей плечевой суставной капсулы умеренно расширены влево. Тоны сердца ритмичные, глухие. Над аортой - акцент II тона АД=140/90 мм рт.ст. Пульс - 68 ударов в минуту. В легких - везикулярное дыхание, 20 в минуту. Язык слегка обложен у корня белым налетом. Запах изо рта нет. На губах - заеды. Живот острый, грушевидный. Печень спущена, увеличена, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Обратила внимание ослабленная пульсация артерий на левой руке.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 28 лет, жалуется на внутреннюю дрожь, постоянные сердцебиения, на одышку, боли в сердце, бессонницу, раздражительность, плаксивость по любому поводу. Ее также беспокоят светобоязнь, чувство «песка» в глазах, давление в области шеи, особенно в положении «лежа на спине». Больна около полугода. За это время нарастают сердцебиения, которые не дают спать по ночам. Появился учащенный кашлеобразный стул. Постоянно испытывает чувство жара и выраженной потливости, не мерзнет даже в холодную погоду. Заметно похудела. Стали возникать боли в сердце. Окружающие стали замечать, что у нее изменяется внешность - намечается небольшое пучеглазие. Обратила внимание на повышение температуры тела по вечерам до 37,1 °C. При осмотре - суетлива, речь быстрая. Ладони горячие влажные. Пальцы вытянутых рук мелко дрожат. Умеренный экзофтальм. Положительный симптом Мёбиуса. При выслушивании равномерно увеличенной безболезненной щитовидной железы - сосудистые шумы. Кожа туловища нежная, влажная, теплая. Тахикардия до 124 ударов в минуту. АД=160/60 мм.рт.ст. В сердце выслушивается систолический шум. Дыхание везикулярное. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 59 лет, жалуется на потерю веса. При этом она испытывает чувство жара, сердцебиения, потливость. Участковый врач во время последнего осмотра зафиксировал у нее приступ мерцательной аритмии и сказал больной, назначил рибоксин, аспаркам, феназепам. Однако, через какое-то время, у больной снова стали повторяться приступы пароксизмальной мерцательной аритмии. Госпитализирована в кардиологическое отделение для обследования и лечения. При осмотре - состояние удовлетворительное, контактная, несколько беспокоит. Ожирения нет. Лицо усталое. Экзофтальм отсутствует, однако симптом Мёбиуса положительный. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Кожа нежная. Пульс учащенный, аритмичный, дефицит пульса (число ударов сердца - 98, частота пульса - 83 удара в минуту). АД=155/70. Щитовидная железа внешне не увеличена, но при пальпации правой доли в ней определяется плотноватое образование размером до 1 см в диаметре с сосудистым шумом при аускультации. Больной проведено исследование щитовидной железы. На радионуклидной сканограмме - признак «горячего» узла в правой доле щитовидной железы. УЗИ выявляет однородный инкапсулированный узел в правой доле. Уровень Т3 составил 8,3 нмоль/л (при норме - 1,2 - 2,8 нмоль/л), Т4 - 186 нмоль/л (при норме - 56-154 нмоль/л), ТТГ - 0 (при норме - 0,3 - 3,4 мкЕд/мл). Антигиротидные антитела в крови не обнаружены. Холестерин крови - 3,8 ммоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 37 лет, вызвала на дом участкового врача по поводу болей в горле при глотании, выраженную общую слабость и потливость. Врач предположил у больной острый тонзиллит и направил ее на консультацию к ЛОР-врачу, который не обнаружил патологии его профиля. Состояние больной в течение нескольких дней продолжало ухудшаться. Она потеряла аппетит. Ей было трудно глотать. Боли отдавали в уши и в затылок. Похудела. По вечерам стала повышаться температура до субфебрильных цифр. Но больше всего ее беспокоила нарастающая слабость (с трудом ходила на работу) и не прекращающаяся профузная потливость. В поликлинике ей сделали неполный клинический анализ крови, в котором выявилась резко ускоренная СОЭ (58 мм в час). В связи с этим срочно госпитализирована на обследование в ЛОР-отделение с подозрением на злосточный абсцесс. При осмотре - состояние средней тяжести. В анамнезе - язвенная болезнь желудка в юности, бросила курить и старается соблюдать диету. На передней поверхности шеи определяется небольшая припухлость без покраснения кожи. Местная температура шеи нормальная. Пальпация обнаруживает увеличенную щитовидную железу, которая очень болезненная даже при легком прикосновении, боли иррадируют в уши и нижнюю челюсть. Состояние ЛОР-органов - снова без видимой патологии.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 48 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на постепенную прибавку веса в течение последнего года. Стала нарастать слабость. Окружающие посоветовали ей обратиться к врачу по поводу возможного заболевания почек, так как у нее стало отекало лицо. При детальном расспросе выяснилось, что она родилась на Алтае и до 25 лет чувствовала себя хорошо. Помнит, что в школе, где она училась, всем детям давали какие-то таблетки. С 30-летнего возраста проживает в Санкт-Петербурге. Вышла замуж. Детей нет, так как было подряд 2 выкидыша, а больше не беременела. Наступил ранний климакс. Безуспешно лечилась у гинеколога. При осмотре - медлительная, лицо сонливое, бледноватое, пастозное (особенно после сна). Речь смазанная, бедная. Ответы на

вопросы односложные. На языке - отпечатки от зубов. Кожа сухая, локти и пятки шершавые, на пятках - трещины кожи. Ногти ломкие. Волосы сильно выпадают, брови редкие, особенно на периферии. Выяснилось, что постоянно засыпает. Почти всегда хочется спать. По утрам не может сосчитать пульс, такой он низкий и редкий. Стали беспокоить постоянные запоры. Заметила, что у нее резко ухудшилась память. Ничего не хочется делать. Ранее как-то обследовалась в поликлинике. Выявили повышенный холестерин крови (7,3 ммоль/л).

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 43 лет, был доставлен в приемный покой больницы с болями в животе, тошнотой, рвотой. Общая резкая слабость. С трудом разговаривает. В последние месяцы прогрессивно худеет, летом много загорал, загар «хорошо приставал». Обратил внимание на нарушения потенции. Всем продуктам питания предпочитает сельдь. Любит также сладости. В анамнезе - туберкулезный лимфаденит в детстве, наблюдался в тубдиспансере, давно снят с учета. Оперирован по поводу аппендицита в юности. Ухудшение самочувствия - после перенесенного гриппа. При осмотре - состояние тяжелое. Пониженного питания. Смуглый, бронет. Послеоперационный рубец на коже живота подчеркнут пигментирован. Соски молочных желез темные. Кожа холодная. На слизистых щек и губ - пигментные пятнышки. Тахикардия. АД=90/40 мм рт.ст.. Глюкоза крови -5,5 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 59 лет, жалуется на потерю веса, чувство жара, сердцебиения, потливость. Участковый врач во время последнего осмотра зафиксировал у Больной, 45 лет, доставлена скорой помощью с работы в приемный покой больницы с диагнозом «гипертоническая болезнь III, гипертонический криз». Ей была сделана инъекция дибазола с папаверином. При осмотре - тучная. Жировые отложения наблюдаются в основном на туловище и на лице. Лицо круглое. На щеках и на верхней губе - гипертрихоз. Волосы на голове редкие. Кожа сухая, тонкая, как пергамент. Руки и ноги не производят впечатление ожирелых. На коже живота - с обеих сторон - симметричные продольные лиловые полосы в небольшом количестве. Из анамнеза известно, что артериальное давление стало повышаться примерно лет с 20-ти. С этого же возраста появилась тенденция к нарастанию массы тела. Артериальное давление практически не контролировала, изредка при головной боли принимала дибазол. В 25 лет родила мальчика. Лет с 30-ти стал нарушаться менструальный цикл, но нерегулярность менструаций ее особенно не беспокоила. В 38 лет менструации прекратились. Гинекологи сказали, что это - ранний климакс. Продолжала прибавлять вес, стало часто повышаться АД. Заметила какие-то кожные «растяжки» на животе, но не придавала этому большого значения. Отметила нарастание жажды в последние месяцы и частые мочеиспускания.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Подросток, 17 лет, поступил по направлению райвоенкомата в целях медицинского освидетельствования по поводу выраженного ожирения. В анамнезе - закрытая черепно-мозговая травма в детстве. При поступлении жаловался только на избыточный вес и повышенный аппетит по вечерам. Иногда просыпается ночью, чтобы поесть. При осмотре - высокого роста, выглядит по-взрослому. Индекс массы тела - 34. Ожирение гиноидного типа, равномерное. Ноги и руки с избыточным отложением жира. Ложная гинекомастия. Выраженная маскулинизация, половое развитие нормальное. На коже живота, ягодиц, внутренней поверхности бедер и плеч - многочисленные узкие розоватые стрии. Сердце существенно не расширено. АД 135/90 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не увеличены. Уровень глюкозы в крови натощак - 4,5 ммоль/л, после нагрузки глюкозой уровень гликемии через 1 час поднялся до 12,3 ммоль/л, а через 2 часа снизился до 8,0 ммоль/л. В моче после пробы на толерантность к глюкозе - следы глюкозы.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными средствами. В прошлом принимал участие в боевых действиях в Афганистане. Был контужен. При осмотре - высокого роста. Развитие мышечной массы хорошее (в прошлом - спортсмен). Однако пациент производит впечатление нескладного телосложения с грубоватым скелетом. Подчеркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при доп. измерении распросто указал, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как ее невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, салыная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, большое. АД=120/80 мм рт.ст.. Печень также явно увеличена, безболезненная. Биохимический анализ крови - без существенных отклонений от нормы, за исключением уровня глюкозы в крови, который натощак составил 6,3 ммоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 43 года, обратилась к врачу с жалобами на прогрессирующую прибавку веса в течение последних 4-5 лет, которую она объясняет чрезмерным аппетитом, с которым не может никак справиться. Особенно ее «тянет» на сладкое. Аппетит начинает нарастать во вторую половину суток, к вечеру. Вынуждена просыпаться по ночам, чтобы поесть хлеба. Насыщения, по сути, она никогда не достигает. С целью лечения ожирения, пробовала диету, но не могла выдержать ее ни одного дня, так как голодание вызывало головные боли, резкую общую слабость, потливость, дрожание рук. В последнее время заметно ухудшилась память. Окружающие стали замечать за ней странности в поведении. Иногда начинает разговаривать сама с собой или что-либо напевать. При осмотре - правильного телосложения, резко повышенного питания. Ожирение равномерное. Кожа и слизистые чистые. Ладони влажные. Со стороны внутренних органов при объективном исследовании существенной патологии не отмечается. В биохимическом анализе крови выявляется пониженное содержание глюкозы натощак 3,9 ммоль/л, а после еды через 1 час - снижение до 3,1 ммоль/л, при этом у нее вновь возникло чувство голода.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 27 лет, доставлена в приемный покой больницы с улицы, где у нее возникли головная боль, сильные сердцебиения, потемнело в глазах, появились обильный холодный пот. Все это сопровождалось чувством необъяснимой внутренней тревоги, страха. Подобные состояния бывали и прежде, но не в такой степени выраженные. Обычно при этом повышалось АД до 160/80 мм рт.ст. Участковый врач диагностировал у больной нейроциркуляторную дистонию гипертонического типа и рекомендовал принимать седативные средства. Со временем приступы стали учащаться и протекать все тяжелее. При осмотре - состояние тяжелое. Бледная. Лицо испуганное. Зрачки широкие. Кожа влажная, холодная. Пульс - 130 в минуту. Ритмичный. АД=210/90 мм рт.ст. Небольшие боли в животе. В приемном покое экспресс-анализ периферической крови выявил лейкоцитоз ($15 \times 10^9 / л$) и повышение уровня глюкозы (10,2 ммоль/л). Ацетона в моче нет.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 19 лет, поступил на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 5 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питье воды не давало утоления жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой, «как вода». Стал худеть. В прошлом был в автомобильной катастрофе с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД=120/70 мм рт.ст. Пульс - 88 ударов

в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезенка не увеличены. Глюкоза крови натощак 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе без патологических изменений. Глюкоза в моче и ацетон не обнаружены. Обращала на себя внимание очень низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях ее удельный вес составил не более 1005). Компьютерная ЯМР-томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 43 лет, была переведена в эндокринологическое отделение из хирургического, где ей неделю тому назад была предпринята гемиструмэктомия по поводу многоузлового нетоксического зоба. На второй день после операции у нее развились явления онемения конечностей, подергивания мышц, чувство ползания мурашек по телу, которые вскоре переросли в настоящие судороги, которые купировались внутривенным введением хлористого кальция. При исследовании крови выявлено снижение уровня общего (до 2,3 ммоль/л) и особенно ионизированного (до 0,99 ммоль/л) кальция, повышение уровня неорганического фосфора до 1,5 ммоль/л. На ЭКГ - удлинение интервала QT, в сравнении с нормой. При обследовании в эндокринологическом отделении - настроение больной подавленное. Легко возбудима. Нервозна. Афонии нет. Выявляется выраженный симптом Хвостека. Проведена манжеточная проба Труссо, которая также была положительная, так как вызвала симптом «фрукт акушера».

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 65 лет, поступила на обследование в ревматологическое отделение с жалобами на постоянные боли в суставах и костях, которые с каждым годом усиливаются. Ей стало трудно ходить. Беспокоили боли в пояснице и в подложечной области. В прошлом году упала на улице, ушиблась не сильно, но получила перелом костей левого предплечья, который трудно консолидировался. Окружающие стали замечать, что у больной изменилась походка - она стала ходить вразвалку, «как утка». При обследовании больной на рентгенограммах выявился выраженный распространенный остеопороз, местами, особенно в плоских костях. Появились очаги декальцинации костей, как будто они изъедены молью. УЗИ брюшной полости выявило наличие конкрементов в почках. При фиброгастроскопии была выявлена язвенная болезнь желудка. В области щитовидной железы обнаружен небольшой узел. В биохимическом анализе крови выявлено повышение содержания общего белка (до 90 г/л). Уровень общего кальция в крови составил 2,9 ммоль/л, а ионизированного - 1,56 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 46 лет, направлен в кардиологическое отделение в связи с постоянно повышающимися цифрами артериального давления на обследование. АД держится на цифрах 190/120-210/150 мм рт.ст., при этом обычными средствами снизить АД не удается, помогает только верошпирон в больших дозах (до 16 таблеток в день). Болен давно. В последнее время стали нарастать одышка и боли в сердце. В прошлом думали о реноваскулярной гипертензии, однако аортография оказалась нормальной. При осмотре - правильного телосложения. Тургор мышц хороший. Отеков нет. Сердце - с признаками гипертрофии левого желудочка. В легких дыхание везикулярное, печень и селезенка не увеличены. На глазном дне - гипертоническая ангиопатия сетчатки. В крови выявлено повышенное содержание натрия и пониженное содержание калия.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 48 лет, проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана «скорая помощь». На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях V1, V2 ниже изолинии; в отведениях V1, V2 - высокий, заостренный зубец T.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3-й этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках - при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД - 170/100 мм рт.ст., курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительных нагрузках, отеки стон и голеней, усиливающиеся к вечеру, тяжесть в правом подреберье, слабость, перебои в работе сердца. До настоящего времени считал себя здоровым, занимался спортом, но в Н лет при регистрации ЭКГ была выявлена неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Настоящее ухудшение связывает с перенесенной ОРВИ. При объективном обследовании выявляются умеренный акроцианоз, набухание яремных вен, отеки стоп, тахикардия, расширение левой границы сердца до L axillaries sin. в VI межреберье, при аускультации - на верхушке сердца I тона ослаблен, ритм галопа, систолический шум, акцент II тона над легочной артерией; увеличение печени. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При ЭхоКГ выявлена преимущественная дилатация левых камер сердца, конечно-диастолический размер левого желудочка - 8,5 см, переднезадний размер левого предсердия - 5,2 см, тромб в области верхушки левого желудочка. ФВ - 35%.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 50 лет, лечился по поводу «правосторонней пневмонии» на дому. Состояние оставалось среднетяжелым, но от госпитализации он отказался. В связи с резким внезапным ухудшением состояния (боли в грудной клетке, одышка, цианоз, тахикардия, падение артериального давления) больной доставлен в больницу. При перкуссии в верхнем отделе грудной клетки справа определяется тимпанический звук, в нижележащем отделе - тупой. Дыхательные шумы над правой половиной грудной клетки не выслушиваются, здесь же ослаблено голосовое дрожание.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 43 лет, доставлен в клинику «неотложной помощью». Заболел 3 дня назад, когда после переохлаждения появились першение в горле, насморк, сухой кашель, головная боль, недомогание, повысилась температура до 37,6°C. Лечился дома. Принимал аспирин, полоскал горло фурацилином. Самочувствие не улучшалось, температура повысилась до 38,6°C, усилился кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты в умеренном количестве, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, одышка. Из анамнеза известно, что больной работает маляром, часто болеет бронхитами, курит до 20 сигарет в день. Состояние средней тяжести. Наблюдаются гиперемия лица, умеренный цианоз губ. Число дыханий - 26 в

минуту. Частота пульса - 110 ударов в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 110/70 мм рт.ст. При перкуссии легких в правой подлопаточной области определяется притупленно-тимпанический звук, здесь же выслушиваются жесткое дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание - ослаблено.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 63 лет, доставлен в клинику «неотложной помощью» в тяжелом состоянии. Заболел остро - возникли озноб, головная боль, повысилась температура до 40°C. Появились боли в правой половине грудной клетки, одышка, кашель - сначала сухой, затем, на 3-й день заболевания - с отделением мокроты желтого цвета. При объективном обследовании состояние больного было тяжелым. Наблюдались цианоз губ, гиперемия правой щеки, herpes labialis. Число дыханий - 32 в минуту. Пульс - 118 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 100/60 мм рт.ст. При перкуссии легких в правой подлопаточной и аксиллярной областях определялось притупление перкуторного звука. При аускультации здесь же выслушивались бронхиальное дыхание, шум трения плевры. Голосовое дрожание и бронхофония были усилены.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на удушье с затрудненным выдохом, сухой кашель, свистящее дыхание. Из анамнеза известно, что приступы кашля с затрудненным выдохом появились 3 года назад во время пневмонии, купировались ингаляциями салбутамола. В дальнейшем приступы повторялись во время заболевания ОРВИ или бронхитом. Настоящее ухудшение в течение недели, когда после переохлаждения повысилась температура до 37,8°C, появились насморк, сухой кашель, приступы удушья. За последние сутки трижды вызывал «неотложную помощь», так как приступы удушья ингаляциями салбутамола не купировались. При объективном обследовании: состояние больного тяжелое, сознание ясное, положение вынужденное - сидит, кожные покровы бледные с умеренным цианозом, частота дыханий - 14 в минуту, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Пульс 98 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 120/85 мм рт.ст., I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона над легочной артерией. Границы легких опущены на одно ребро, подвижность легочного края по лопаточной линии 3 см с обеих сторон, при сравнительной перкуссии - тимпанический звук, при аускультации - дыхание ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 19 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 39°C, ознобы, выраженную одышку при незначительных физических нагрузках, тупые боли в правой половине грудной клетки, потливость. Считает себя больным в течение 3 недель, когда появились легкие ознобы, повышение температуры до 38°C, тяжесть в правом боковом отделе грудной клетки. Лечился самостоятельно, принимал аспирин, аналгин, к врачу не обращался, продолжал работать. В течение последних 5 дней температура стала повышаться до 39°C, усилились одышка и слабость. Обратился к участковому врачу. Была сделана флюорограмма грудной клетки, после чего был срочно госпитализирован. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, занимает вынужденное положение - лежит на правом боку. При осмотре определяется отставание правой половины грудной клетки при дыхании, расширение межреберных промежутков справа, тупой перкуторный звук с 3 межреберья. Над областью тупости дыхание не прослушивается, голосовое дрожание отсутствует, выше линии тупого звука - дыхание жесткое. Правая граница сердца проходит по I. sternalis sin., левая - на 2 см кнаружи от \. medioclavicularis sin., I тон сохранен, акцент II тона над легочной артерией.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 52 лет, штукатур по профессии, поступил в клинику с жалобами на кашель с отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты в умеренном количестве, больше в утренние часы, повышение температуры до 37,6°C, ознобы, потливость, одышку экспираторного характера в покое, усиливающуюся при незначительных нагрузках. Из анамнеза известно, что кашель в утренние часы беспокоит в течение 25 лет, 2-3 раза в год лечился амбулаторно по поводу ОРВИ и бронхитов. Одышка с затрудненным выдохом стала периодически появляться во время обострения заболевания в течение последних 2 лет. Настоящее ухудшение - в течение недели, когда после переохлаждения усилились кашель с мокротой, и одышка, которая стала постоянной даже в покое. Повысилась температура. Курит с 17 лет до пачки сигарет в день. При объективном обследовании - состояние больного средней тяжести, кожные покровы серо-землистого цвета, грудная клетка эмфизематозная, нижняя граница легких опущена на одно ребро, подвижность легочного края по лопаточным линиям составляет 2 см. При сравнительной перкуссии легких - тимпанический звук. При аускультации - дыхание жесткое, сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью легких, в подлопаточных и аксиллярных областях - влажные мелкопузырчатые не звучные хрипы. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больного? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больного (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 60 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом «неотложной помощи» была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилась кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отеки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс 110 в минуту, ритмичный, малого наполнения, АД = 90/60 мм рт.ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над легочной артерией. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 67 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера до 50 мл в сутки, одышку с преимущественным затруднением выдоха в покое, усиливающуюся при незначительных физических нагрузках, сердцебиение, тяжесть в правом подреберье, отеки нижних конечностей. Кашель беспокоит больного в течение 30 лет, 5-8 лет назад появилась одышка, которая сначала возникала при нагрузках, а в последнее время стала постоянной - в покое, 2 месяца назад появились отеки нижних конечностей. Больной по профессии столяр, много курит в течение 50 лет. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, наблюдаются диффузный цианоз и одутловатость лица, «теплый» цианоз конечностей, набухание яремных вен, эпигастральная пульсация сверху вниз. Пульс 112 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 130/85 мм рт.ст. Правая граница сердца проходит на 1,5 см кнаружи от l. sternalis dext., выраженный акцент II тона над легочной артерией. Грудная клетка - эмфизематозная, 26 дыханий в минуту, при перкуссии легких - тимпанический звук, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, свистящие хрипы на выдохе по всей поверхности легких в небольшом количестве. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, ее край плотный, заостренный, умеренно болезненный. Отеки стоп, голени. Асцит.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на приступ удушья с затрудненным выдохом, свистящее дыхание, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой в небольшом количестве. В течение суток использовал более 10 раз ингаляции беротека в связи с повторяющимися приступами удушья. Из анамнеза известно, что впервые приступы экспираторного удушья и кашля появились в детстве. Родился недоношенным ребенком, вскармливался искусственно, страдал диатезом. Первый приступ удушья возник во время заболевания ОРВИ при контакте с кошкой. В дальнейшем приступы удушья провоцировались домашней пылью, табачным дымом; обострялось заболевание в мае-июне во время цветения. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, положение вынужденное - сидит с фиксированным плечевым поясом, кожные покровы бледно-цианотичные, на расстоянии слышны свистящие хрипы, число дыханий - 14 в минуту, при перкуссии над легкими - тимпанический звук, над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс 104 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 130/85 мм рт.ст., при аускультации сердца - акцент II тона над легочной артерией. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. край ее закруглен, болезненный: пастозность голени.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

У мужчины, 50 лет, ранее злоупотреблявшего спиртными напитками, после приема алкоголя и калорийной пищи появились острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, повысилась температура тела до 38°C, отмечаются вздутие живота, рвота без примеси желчи. В настоящее время нарастает метеоризм, отмечается задержка газов и стула. При осмотре: язык сухой, обложен желтоватым налетом. При аускультации отсутствуют шумы кишечной перистальтики, ЧСС 110 уд/мин. АД=90/65 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

У 22-летней женщины в анамнезе - неспецифический язвенный колит, диагностированный в возрасте 10 лет. Периодически наступают обострения, по поводу которых она получила два курса лечения гормонами. В данный момент на фоне психоэмоционального стресса пациентка отмечает появление свежей крови в кале и периодически возникающие спастические боли. Частота стула 3-4 раза в сутки. Температура тела нормальная. Пульс - 78 уд/мин. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в левой подвздошной области. Обследование показало, что имеется тотальное поражение толстой кишки, однако при эндоскопии отмечалась только ранимость слизистой оболочки, язв и эрозий отмечено не было. Hb=115 г/л, СОЭ=22 мм/час. Лечение в настоящий момент не получает.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 42 лет, госпитализирован с жалобами на внезапно возникшую резкую слабость, головокружение, сухость во рту, повторный жидкий черного цвета стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. В течение последнего месяца пациент отмечал боли в верхней половине живота, "голодные", ночные, отрывку, изжогу. При поступлении частота пульса 96 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 36 лет. В течение нескольких лет его беспокоит чувство тяжести и тупые боли в правом подреберье. Аппетит сохранен. Вес стабильный. Указаний в анамнезе на перенесенный вирусный гепатит нет. Алкоголем не злоупотребляет. При объективном обследовании кожные покровы обычной окраски. Печень увеличена (размеры по Курлову составили 15x10x9 см), уплотнена, с неровной поверхностью. При ультразвуковом исследовании в обеих долях печени визуализируются множественные анэхогенные образования округлой формы диаметром 3-4 см. без гемодинамически значимой деформации сосудистого рисунка. Селезенка не увеличена.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

У больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки после 2-летней ремиссии возник рецидив заболевания. Пациента беспокоят сильные боли в эпигастриальной области, уменьшающиеся после приема пищи, тошнота, двукратная рвота кислым содержимым. При объективном исследовании живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомов напряжения брюшины нет. При фиброгастроскопии на передней стенке луковицы 12-перстной кишки выявляется язва (8-6 мм) под фибрином. НР (+++).

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Женщина, 45 лет, предъявляет жалобы на кожный зуд, выраженную сонливость. Больна в течение 2 лет. При обследовании выявляется желтушность кожи и видимых слизистых оболочек, "сосудистые звездочки", "печеночные" ладони, плотная увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10 см. Билирубин - 96 мкмоль/л, прямой - 80 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 400 ед., АЛТ - 86 ед.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

У больного с активным первичным билируным циррозом печени ухудшилось состояние: появилась сонливость, спутанное сознание, усилилась жесткость, уменьшилась в размерах печень, изжога - спастический запор. Через некоторое время больной потерял сознание. Дыхание Куссмауля, аргизация. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 32 лет, гиперстенического телосложения предъявляет жалобы на жжение за грудиной, возникающее после приема пищи, усиливающееся при наклоне туловища, в положении лежа, избыточную саливацию во время сна. Указанные жалобы беспокоят пациента в течение последних 5-ти лет. При физикальном обследовании патологии не выявлено. При фиброгастроскопии в нижней трети пищевода несколько поверхностных эрозий линейной формы, расположенных на верхушках складок слизистой оболочки пищевода. На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС = 76 уд/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Изменений в клиническом анализе крови не выявлено.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 44 лет, перенесший 4 года назад вирусный гепатит В и злоупотребляющий алкоголем, испытывал в последние 2 месяца изжогу, жжение за грудиной. Утром после обильной еды и подъема тяжести появилась рвота свежей темной кровью. Кожные покровы бледные, влажные, пульс 92 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Склеры желтушные, живот увеличен за счет асцита, гепатоспленомегалия. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

39-летняя женщина отмечает общую слабость, головокружение, сухость кожи, ломкость волос и ногтей, неловкость при глотании твердой пищи. В анамнезе - 4 беременности (3 родов). Отмечает обильные месячные. Кожные покровы бледные. При осмотре полости рта определяются явления ангулярного стоматита в углах губ, покраснение слизистой языка, сплаженность его сосочков. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Нб - 60 г/л, эритро - $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,60, формула не изменена, тромбо - $200 \times 10^9/л$, ретикул. - 30%, СОЭ - 18 мм/ч. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Железо сыворотки - 8 нг/мл. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

65-летний пациент предъявляет жалобы на общую слабость, ощущение "ватных" стоп, снижение аппетита, неприятные ощущения во рту (чувство жжения в области языка), одышку при физической нагрузке. Кожные покровы бледные, с легкой желтушностью. При осмотре полости рта - "лакированный язык". Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки. При фиброгастроскопии выявляются признаки атрофического гастрита. В анализе крови: Нб - 58 г/л, эритро - $1,3 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $2,8 \times 10^9/л$ (п. - 8%, с. - 48%, лимф. - 40%, моно - 5%, э. - 1%), тромбо - $1,1 \times 10^9/л$, ретикул. - 2%, СОЭ - 35 мм/ч. Кривая Прайса-Джонса сдвинута вправо, определяются полисегментированные нейтрофилы, мегалобласты, а также тельца Жолли и кольца Кеббота. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Женщина, 36 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до $38^{\circ}C$, резкую общую слабость, кровоточивость десен, обильные носовые кровотечения. Указанные симптомы появились после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции, во время которой пациентка получала сульфаниламидные препараты. При осмотре отмечается бледность кожных покровов. Печень, селезенка и лимфатические узлы не увеличены. Над областью сердца выслушивается дуоцильный систолический шум, тоны сердца сохранены. В анализе крови: Нб - 50 г/л, эритро - $1,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,83, лейкоц. - $2,0 \times 10^9/л$ (п. - 5%, сег. - 35%, лимф. - 52%, моно - 8%, эоз. - 0%), тромбо - $30 \times 10^9/л$, ретикул. - 1%, СОЭ - 58 мм/час. В пунктате костного мозга - резкое уменьшение числа мегакариоцитов.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 25 лет, после вакцинации противогриппозной вакциной отметил небольшую желтушность, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Селезенка увеличена. В крови: Нб - 90 г/л, эр. - 3 млн/мл, ЦП - 0,9, ретикулоциты - 2%, в остальном без особенностей. Общий билирубин - 60 мкмоль/л, прямой - 8 мкмоль/л, железо сыворотки - 13 мкмоль/л. Анализ мочи: белок - 0,002%, реакция на гемосидерин в моче отрицательная. Проба Хема - отрицательная. Проба Кумбса +++. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

У больного, 14 лет, с раннего детства появляются обширные гематомы и носовые кровотечения после травм. В настоящее время предъявляет жалобы на боли в коленном суставе, возникшие после ушиба физкультурой. Сустав увеличен в объеме, резко болезненный, объем движений значительно ограничен. Время свертывания крови по Бюркеру - 16 минут, длительность кровотечения по Дюке - 4 минуты.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Женщина, 62 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, боли в позвоночнике, потливость, склонность к простудным заболеваниям. Отмечаются бледность кожных покровов, болезненность в плоских костях при поколачивании. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Нб - 78 г/л, эритро - $2,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,83, лейкоц. - $4,2 \times 10^9/л$, формула не изменена, тромбо - $3,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 68 мм/ч. Общий белок сыворотки - 150 г/л. При электрофорезе белков сыворотки крови - альбумины - 40%, дополнительная фракция между α - и γ -глобулинами, равная 22%.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 28 лет, предъявляет жалобы на периодическую лихорадку, умеренный кожный зуд, незначительное похудание. Повышение температуры тела часто сопровождается ознобами, а ее снижение - профузным потом. Повышенная потливость проявляется наиболее отчетливо в ночные часы. При физикальном исследовании определяются увеличенные затылочные, шейные и надключичные лимфатические узлы. Пальпаторно выявляется умеренное увеличение печени и селезенки. В биоптатах лимфатических узлов выявлены клетки Березовского-Штейнберга.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 59 лет, предъявляет жалобы на кожный зуд, особенно после горячей ванны, головную боль, головокружение, сжимающие боли за грудиной при быстрой ходьбе. При осмотре склеры гипокератозные, отмечается гиперемия кожных покровов и видимых слизистых с синюшным оттенком. АД - 180/100 мм. рт. ст. В левом подреберье пальпируется умеренно увеличенная селезенка, печень выступает на 2,5 см ниже края реберной дуги. В анализе крови: Нб - 190 г/л, эритро - $6,5 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9, лейкоц. - $12 \times 10^9/л$ (пал. - 6%, сег. - 60%, лимф. - 24%, моно - 5%, эоз. - 4%), тромбо - $650 \times 10^9/л$, СОЭ - 2 мм/час.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Мужчина, 49 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, потливость, субфебрилитет, появление опухолевидных образований в подмышечной впадине, подчелюстной области, в паховых областях, тяжесть в левом подреберье. Отмечаются бледность кожных покровов, увеличение подчелюстных, подмышечных и паховых лимфатических узлов до 2-3 см в диаметре (мягкие, безболезненные, подвижные). В левом подреберье пальпируется плотная селезенка, передний полюс выступает из подреберья на 4 см. В анализе крови: Нб - 120 г/л, эритро - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, лейкоц. - $48,0 \times 10^9/л$ (пал. - 1%, сег. - 25%, лимф. - 70%, моно - 3%, э. - 1%), тромбо - $120 \times 10^9/л$, СОЭ - 15 мм/ч. В мазке крови определяются клетки Боткина-Гумпрехта.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 50 лет, обратился по поводу инспираторной одышки, возникающей при физическом усилии (подъеме на второй этаж). Одышка появилась у него около двух месяцев назад. В детстве перенес скарлатину, в дальнейшем часто болел ангинами. У ближайших родственников заболеваний сердца не было. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, акроцианоз, периферических отеков нет. Пульс 80 ударов в мин, ритмичный, полный, асимметричный. Артериальное давление 160/40 мм рт.ст. Верхушечный толчок усиленный, смещен на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в 6 межреберья. Верхняя граница относительной сердечной тупости проходит по 2-му межреберью, левая - совпадает с верхушечным толчком. На верхушке сердца и в точке Боткина выслушивается хлопающий I тон, пресистолический шум, митральный щелчок, в области левого края грудины и на аорте - протодиастолический шум убывающего характера. Над легкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот не увеличен, мягкий безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на умеренную одышку в покое, периодически - кратковременное повышение температуры. Из анамнеза выяснилось, что в детском и школьном возрасте болел ангинами. Лечился стационарно, говорили о "шуме в сердце", но ясных указаний на порок сердца не было. В течение жизни никаких жалоб не предъявлял, служил в армии, работал. Из амбулаторной карты установлено, что больной осматривался кардиологом, отмечено наличие мезосистолического шума в области верхушки сердца при нормальных размерах его относительной тупости. ЭхоКГ не производилась. За 2 месяца до госпитализации были повышение температуры до фебрильных цифр, боли в горле, кашель, чувство разбитости, усталости. Лечился амбулаторно антибиотиками (какими - не помнит), температура снизилась до субфебрильных цифр, но общее состояние не улучшалось. Появились одышка при физической нагрузке, потливость, особенно в ночное время, слабость. По совету врача, принимал диуретики, которые приносили временное облегчение. Кожные покровы бледные, на слизистой оболочке ротовой полости в области неба и на конъюнктиве единичные петехиальные высыпания. Ногти по форме напоминают "часовые стекла". Пульс 100 ударов в мин, ритмичный, высокий, симметричный. Артериальное давление 150/40 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке сердца, по левому краю грудины и во втором межреберье справа определяется ослабление второго тона, протодиастолический шум убывающего характера. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах умеренное количество влажных хрипов. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Пальпируется край селезенки. В анализе крови - нормохромная анемия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево. В анализе мочи умеренные протеинурия, эритроцитурия. ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси сердца влево, увеличение амплитуды зубцов R в I, II, AVL, V4-V6, RV6 > RV4, снижение интервала ST и отрицательные асимметричные зубцы T в левых грудных отведениях.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 27 лет, госпитализирована с приступом инспираторной одышки, сопровождающейся кашлем с отхождением жидкой пенистой мокроты розового цвета. Больная в течение года, когда появилась и прогрессировала одышка, периодически отмечала приступы сердцебиений, во время которых одышка усиливалась. Шесть месяцев назад перенесла транзиторное нарушение мозгового кровообращения. За день до поступления больная отметила появление сердцебиений, резкое нарастание одышки, которые и послужили причиной срочной госпитализации. В детстве часто болела ангинами, в 14 лет произведена тонзиллэктомия. При осмотре: пониженного питания, умеренный акроцианоз, периферических отеков нет, пульсация яремных вен. Пульс слабого наполнения, аритмичный, 130 ударов в 1 мин, асимметричный. АД - 90/60 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости увеличены вправо на 2 см, вверх на 1 см. При аускультации на верхушке сердца определяется усиленный I тон, митральный щелчок, акцент и раздвоение II тона над легочной артерией. В легких - жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в подлопаточных областях. Печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови - умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 30 мм в час. Анализ мочи без патологии.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 59 лет, госпитализирован после приступа болей в грудной клетке, сопровождавшихся слабостью и обильным потоотделением. При расспросе выяснилось, что приступы болей в грудной клетке возникают в ночное время, боли начинаются за грудиной, нарастают по интенсивности и распространяются на обе стороны от грудины, также иррадиируют в спину, сопровождаются потливостью, слабостью. Продолжительность приступа - от 20 до 30 минут, после чего боли самостоятельно уменьшаются. Нитроглицерин облегчает боли, но полностью их не снимает. Частота приступов различна: иногда они повторяются каждую ночь, иногда длительно отсутствуют. В дневное время боли не беспокоят. Из анамнеза жизни известно, что больной курит более 20 лет по 1 пачке сигарет в день и употребляет алкоголь в умеренных количествах практически ежедневно. В течение последнего года отмечалось повышение артериального давления до 170/100 мм рт.ст., никакой терапии по этому поводу не проводилось. При объективном обследовании: гиперстенического телосложения, избыточного питания (рост 174 см, вес 93 кг). Цианоза, периферических отеков нет. Пульс 76 ударов в мин, удовлетворительного наполнения, напряженный. АД - 170/110 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона на аорте. При ЭКГ и ЭхоКГ-исследованиях существенной патологии не выявлено. При велоэргометрии при достижении частоты сердечных сокращений 135 в мин и нагрузке в 90 ватт обнаружено смещение сегмента ST на 2 мм ниже изоэлектрического уровня. При мониторировании ЭКГ в течение 24 часов в состоянии покоя или умеренной физической нагрузки в дневное время нарушений реполяризации не выявлено, в ночное время отмечались эпизоды повышения сегмента ST над изоэлектрическим уровнем продолжительностью от 30 сек до 1 мин. Биохимическое исследование: общий холестерин - 6,2 ммоль/л, триглицериды - 3,5 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 34 лет, токарь, госпитализирован с жалобами на повышение температуры до 38-38,5 градусов без ознобов и боли за грудиной, значительно усиливающиеся при глубоком дыхании и в положении лежа, так что больной вынужден находиться только в положении сидя. Заболел остро 7 дней назад. Заболеванию предшествовал ринофарингит. Подобное заболевание возникло у больного впервые. В прошлом отмечались редкие простудные заболевания. Курит, алкоголь употребляет редко. При объективном обследовании: правильного телосложения, нормального питания, периферические лимфоузлы не увеличены, цианоза, периферических отеков нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, 100 ударов в 1 мин, симметричный. АД - 130/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, в области верхушки и в 4-5 межреберьях у левого края грудины - шум трения перикарда. Со стороны легких - без патологии. Печень, селезенка не увеличены. Рентгенограмма органов грудной клетки: инфильтративных и очаговых изменений в легких не выявлено. Сердце в размерах не увеличено. Гемограмма не изменена. СОЭ ускорена до 60 мм в час. Проба Манту: папула 5 мм. Титр АСЛ-О не увеличен. Анализ мочи без патологии. ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. Незначительный подъем сегмента ST и отрицательные зубцы T в I, AVL, V2-V4.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 64 лет, инженер, госпитализирован по поводу некупирующихся болей за грудиной, жгучего характера, интенсивных, с иррадиацией в шею. После внутривенной инъекции баралгина боли несколько стихли, но не прошли. Общая продолжительность приступа около пяти часов. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией в течение 3 лет, регулярно лечится атенололом с хорошим эффектом. При объективном обследовании: правильного телосложения, нормального питания; цианоза, периферических отеков нет. Пульс - 60 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД - 130/70 мм рт.ст. на обеих руках. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, на

верхушке сердца - ритм галопа. В легких хрипы не выслушиваются. Печень, селезенка не увеличены. На ЭКГ в III и AVF отведениях регистрируются зубец QS и дугообразный подъем сегмента ST с переходом в отрицательный зубец T. В отведениях V2-V3 наблюдается увеличение амплитуды зубца R, сегмент ST смещен книзу; в отведениях V5-V6 интервал ST дугообразно приподнят над изоэлектрическим уровнем. В клиническом анализе крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом влево. Холестерин 7,2 мм/л. Уровень креатинфосфокиназы 800 UI. Через 4 часа после поступления на фоне терапии гепарином, нитратами, 8-аденоблокаторами развился приступ одышки, сопровождавшийся цианозом, хрипами в легких, снижением АД до 100/60 мм рт.ст. При аускультации сердца отмечено появление систолического шума у левого края грудины в 4 - 5 межреберьях. На ЭКГ появились множественные монотормальные желудочковые экстрасистолы, синусовая тахикардия. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной З., 18 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на внезапное появление накануне отеков лица, нижних конечностей, туловища, головные боли, незначительное увеличение количества мочи. За неделю до поступления повысилась температура до 37,5 С, появились боли при глотании, слегка увеличились и стали болезненными подчелюстные лимфоузлы. Через 2 дня температура нормализовалась, боли в горле исчезли. Через 5 дней от начала простудного заболевания считал себя выздоровевшим. В анамнезе детские инфекции (эпидемический паротит, корь), редкие ОРЗ. При осмотре выраженная отечность лица, туловища, конечностей. Пульс - 55 в 1 мин, ритмичный. АД 170/100 мм рт. ст. Количество мочи за сутки 200 мл. При исследовании мочи: удельная плотность - 1029, белок 0,66 г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - 30-40 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-1.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная Н., 30 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39 С, периодические потрясающие ознобы, боли в поясничной области слева, частое мочеиспускание. Заболела накануне, появились выше описанные симптомы. Задень перед ухудшением самочувствия работала на улице, сильно замёрзла. В анамнезе - краснуха, ветряная оспа, редкие ангины. В возрасте 30 лет - нормальные роды. При осмотре состояние средней тяжести, тахикардия, АД=110/70 мм рт. ст., поколачивание по поясничной области слева резко болезненное. Отеков нет. Анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - 5,1 * 10¹² /л, цветовой показатель выше 1,05; лейкоциты - 12 * 10⁹ /л, лейкоцитарная формула - сдвиг влево, г/я - 12; СОЭ - 45 мм/час. Анализ мочи: Белок - 0,033 г/л, относительная плотность - 1007, лейкоциты - 40-60 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной С., 50 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильные головные боли, слабость, тошноту, понижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет страдает артериальной гипертензией с высокими цифрами АД. Лечился в поликлинике различными гипотензивными препаратами, однако АД оставалось достаточно высоким. В анализе мочи находили небольшие изменения, которые лечащий врач объяснял наличием тяжелой гипертонической болезни. В возрасте 19 лет перенёс ангину, после которой наблюдались головные боли, отмечалось повышение АД, какие-то изменения в моче. Однако, при повторном посещении врача АД оказалось нормальным, считал себя выздоровевшим. При осмотре кожа бледная, дыхание шумное. Пульс - 90 в 1 мин, ритмичный. АД 250/130 мм рт. ст. Отеков нет. Язык обложен белым налетом. Анализ крови: гипохромная анемия; СОЭ 52 мм/час. Анализ мочи: белок - 0,066 г/л; удельная плотность - 1009; лейкоциты - 2-4 в поле зрения; эритроциты - 0-2 в поле зрения; цилиндры гиалиновые - 0-1 в поле зрения. Креатинин - 232 мкмоль/л. УЗИ почек: размеры обеих почек симметрично уменьшены, паренхима резко истончена, чашечно-лоханочная система не изменена, конкрементов не определяется.

Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больного? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больного (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 18 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на появление в течение последних двух дней отека лица, более выраженного в утренние часы. В анамнезе детские инфекции (эпидемический паротит, корь), редкие ОРЗ. За неделю до поступления повысилась температура до 37,5 С, появились боли при глотании, слегка увеличились и стали болезненными подчелюстные лимфоузлы. Через 3 дня температура нормализовалась, боли в горле исчезли. При осмотре - периорбитальные отеки, пастозность голеней. Пульс - 75 в мин, ритмичный. АД 130/76 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, увеличения размеров органов брюшной полости нет. Остальные данные обследования патологии не выявляют. Количество мочи за сутки 1200 мл; в суточной порции мочи содержится 4,5 г белка. Удельная плотность - 1017, белок - 0,66 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 1-2 в поле зрения, эритроцитарные - 0-1. Альбумин в сыворотке крови - 24 г/л. Креатинин - 102 мкмоль/л. Общий холестерин в крови - 6,5 ммоль/л. По данным УЗИ, незначительное количество жидкости в брюшной полости.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, головную боль, ухудшение общего самочувствия, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру. Ухудшение самочувствия и выше описанные жалобы - в течение 5 дней, связывает их с переохлаждением. В подростковом периоде цистит; во время беременности 3 года назад находили изменения в моче. При осмотре состояние удовлетворительное, АД = 126/78 мм рт. ст. Умеренная пастозность лица, бледность кожных покровов, сухость кожи и слизистых оболочек, небольшая болезненность в правой половине поясницы при поколачивании. Отеков на нижних конечностях нет. Анализ крови: гемоглобин - 132 г/л; эритроциты - 5,1 x 10¹² /л; лейкоциты - 9,5 x 10⁹ /л; лейкоцитарная формула - сдвиг влево (пал. - 8); СОЭ - 22 мм/час. Анализ мочи: белок - 0,033 г/л; относительная плотность - 1010; лейкоциты - 20-26 в поле зрения; эритроциты - 1-2 в поле зрения; гиалиновые цилиндры - 1-2 в поле зрения; бактерии - микробное число = 120 000. Проба Нечипоренко - преобладание лейкоцитов над эритроцитами. УЗИ почек: размеры обеих почек в пределах нормы, паренхима не изменена, чашечно-лоханочная система умеренно расширена и деформирована, больше справа, конкрементов не определяется.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 44 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, головную боль, ухудшение общего самочувствия, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру. Ухудшение самочувствия и выше описанные жалобы - в течение 5 дней, связывает с переохлаждением, 4 года назад при УЗИ органов брюшной полости выявлен поликистоз почек. Повышенные цифры АД до 166/98 мм рт. ст. отмечает у себя в течение последних 8 лет. Периодически находили какие-то изменения в анализах мочи. Известно, что у матери больной также был поликистоз почек. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, АД 156/98 мм рт. ст., умеренная пастозность лица, бледность кожных покровов, сухость кожи и слизистых оболочек, поколачивание по пояснице умеренно болезненно с обеих сторон. Отеков на нижних конечностях нет. Анализ мочи: белок - 0,033 г/л; относительная плотность - 1010; лейкоциты - 20-26 в поле зрения; эритроциты - 2-3 в поле зрения; гиалиновые цилиндры - 1-2 в поле зрения; эпителий плоский - в небольшом количестве. Проба по Зимницкому: диурез за сутки - 2 850 мл; дневной диурез - 1 100 мл, ночной диурез - 1 750 мл; колебания относительной плотности мочи в пределах от 1008 до 1010. В сыворотке крови: Na = 139 ммоль/л, Cl = 100 ммоль/л, K = 4,5 ммоль/л, HCO₃ = 26 ммоль/л, креатинин = 0,11 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 52 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженные отеки лица, туловища, конечностей, увеличение живота, головную боль. За неделю до значительного ухудшения самочувствия больной перенёс пневмонию, связанную с сильным переохлаждением. В анамнезе - хронический остеомиелит левой бедренной кости с 26-ти летнего возраста. В течение последних 10 лет наблюдается умеренная протеинурия; периодически возникающая умеренно выраженная отечность лица, лодыжек. При осмотре состояние средней тяжести, выраженная отечность лица, туловища, конечностей. АД 156/98 мм рт. ст.; пульс - 85 в 1 мин, ритмичный. I тон на верхушке сердца ослаблен. Живот мягкий, увеличенный в объеме, отмечается умеренное увеличение печени и селезенки. Количество мочи за сутки 900 мл; в суточной порции мочи содержится 9,5 г белка. Анализ мочи: удельная плотность - 1012, белок - 0,66 г/л, лейкоциты - 6-8, эритроциты - 6-8, цилиндры гиалиновые - 2-4, зернистые - 0-1; восковидные - 0-1 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ 52 мм/час. Гипергаммаглобулинемия. Альбумин в сыворотке крови - 22 г/л. Креатинин = 188 мкмоль/л. Общий холестерин в крови - 8,4 ммоль/л. В крови значительно снижено количество Т- и В-лимфоцитов.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больная, 25 лет, работает медицинской сестрой в процедурном кабинете на протяжении последнего года стала замечать появление приступов затрудненной дыхания, преимущественно в фазе выдоха, чувство заложенности в носу. Указанные проявления обычно наблюдались после инъекций больным антибиотиков. Появлению приступа удушья, как правило, предшествовала головная боль, вазомоторный ринит чувством стеснения в груди и сухой мучительный кашель. Объективно: больная беспокойная, отмечается цианоз. Грудная клетка; бочкообразной формы, экскурсия ее ограничена. В легких дыхание затрудненное шумное, прослушивается большое количество сухих свистящих хрипов, фаза выдоха удлинена. Спазмолитики неэффективны. Границы сердца в пределах нормы, тоны громкие, чистые. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД = 120/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Со стороны других внутренних органов и систем без патологии.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 50 лет, в течение 18 лет работает обрубщиком в литейном цехе. При прохождении периодического медицинского осмотра предъявлял жалобы на непостоянный сухой кашель, одышку при умеренном физическом напряжении, чувства стеснения в грудной клетке, боли в межлопаточной области. Перкуторный звук над нижними отделами легких с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких ограничена. Дыхание ослабленное, жестковатое, прослушиваются единичные сухие хрипы, шум трения плевры. На рентгенограмме легких на фоне диффузного ячеистого фиброза и эмфиземы выявляются множественные, симметрично расположенные монотипные узелки до 4 мм в диаметре. Корни уплотнены, содержат обызвествленные по типу "яичной скорлупы" лимфатические узлы. Плевродиафрагмальные спайки справа. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Френикус-симптом отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Пульс 84 уд/мин. Язык влажный. Лейкоцитоз.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

В приемное отделение доставлен больной, 42 лет, с болями в животе. Боли возникли внезапно. Выяснилось, что больной около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отмечает резкое усиление болей при малейшем движении. Была однократная рвота желудочным содержимым. Через два часа боли почти полностью прекратились. Больной самостоятельно ушел домой. На следующий день пришел к врачу, так как оставались небольшие боли в правом подреберье, температура повысилась до 37,5°C. При осмотре живот мягкий, безболезненный, за исключением правого подреберья, где имелись болезненность и защитное напряжение мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный, френитус-симптом отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Пульс 84 уд/мин. Язык влажный. Лейкоцитоз.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 67 лет, в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. В анализе крови: анемия. В кале обнаружена скрытая кровь. При ирригоскопии: дефект наполнения 2х3 см, с неровными бугристыми контурами слепой кишки.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больным. Состояние тяжелое, беспокойная, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс 112 уд/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастррии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска».

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, в течение последних трех месяцев, отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс 94 уд/мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 38 лет, оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, разлитого серозно-фибринозного перитонита. Было проведено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На 3-и сутки после операции появилось вздутие живота, тошнота, была однократная рвота. Стула не было, газы не отходили. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Пульс 88 уд/мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий,

болезненный в области операции. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами. "Шум плеска" не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания. Температура до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек грыжевого мешка.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, 40 лет. Беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Симптомы усиливались при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

План обследования и лечения?

Задача

Больной упал, катаясь с горы на лыжах. При падении подвернулась левая нога кнаружи: самостоятельно встать из-за боли не смог. Доставлен попутной машиной в травмпункт с импровизированной иммобилизацией левой голени (обломок лыжи). При осмотре резкая болезненность при пальпации в области нижней трети левой большеберцовой кости и верхней трети малоберцовой кости, отечность, деформация, подвижность.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, с камнем нижней трети правого мочеточника, в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка ballotирующее.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой синдром в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки. В анализах лейкоцитоз и повышение уровня амилазы сыворотки.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больная, 57 лет, больна в течение 7 месяцев, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи. В последующем дисфагия нарастала. 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38°C. При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см, по правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см, морфологически - плоскоклеточный рак. Диагноз: рак средней и нижней трети пищевода, пищеводно-медиастинальный свищ.

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 57 лет, поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими в лопатку. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура нормальная.

Ваш диагноз? Тактика лечения.

Задача

Больная, с избыточным весом и гиперстеническим телосложением, поступила для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Грыжа 25х30 см, вправимая.

План обследования и лечения?

Задача

В приемное отделение доставлен больной, 42 лет, с болями в животе. Боли возникли внезапно. Выяснилось, что больной около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отмечает резкое усиление болей при малейшем движении. Была однократная рвота желудочным содержимым. Через два часа боли почти полностью прекратились. Больной самостоятельно ушел домой. На следующий день пришел к врачу, так как оставались небольшие боли в правом подреберье, температура повысилась до 37,5°C. При осмотре живот мягкий, безболезненный, за исключением правого подреберья, где имелась болезненность и защитное напряжение мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный, френнкус-симптом отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Пульс 84 уд/мин. Язык влажный. Лейкоцитоз.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние тяжелое, беспокойная, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс 112 уд/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска».

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, в течение последних трех месяцев, отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс 94 уд/мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, 38 лет, оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, разлитого серозно-фибринозного перитонита. Было проведено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На 3-и сутки после операции появилось вздутие живота, тошнота, была однократная рвота. Стула не было, газы не отходили. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Пульс 88 уд/мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области операции. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами. "Шум плеска" не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360°. После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки, последняя приобрела красный оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует. Пульсация терминальных артерий брыжейки не определяется.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в животе, тошноту, повышение температуры тела. Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 46 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до 37,8°C. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин. удовлетворительных свойств. Живот при пальпации болезненный и напряжен в правой подвздошной области. Здесь же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Ровзинга, Ситковского. Лейкоциты крови $10,8 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной 50 лет. Из анамнеза: недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая между ними выглядит как "бульжная мостовая" с очагами гранулематозного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 60 лет, поступила с явлениями частичной кишечной непроходимости, которая была разрешена консервативными мероприятиями. При ирригоскопии выявлен участок циркулярного симметричного сужения в нисходящем отделе толстой кишки, имеющий четкие контуры, длиной около 10 см. Рельеф слизистой оболочки сохранен, складки выпрямлены, сближены. Местами их непрерывность нарушается отдельными мелкими дефектами. Подвижность пораженного участка ограничена, стенка ригидная, нижний участок неизменной кишки расширен, продвижение бариевой взвеси замедлено.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, 40 лет, поступил с выраженным асцитом, отеками на нижних конечностях, расширением подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, шеи. Из расспросов больного выявить причину заболевания не удастся, нельзя исключить сдавливающий перикардит, цирроз печени с портальной гипертензией.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, 64 лет, поступил с клинической картиной острого калькулезного холецистита. На вторые сутки от момента поступления на фоне консервативной терапии возникли острые боли в правом подреберье, распространившиеся по всему животу. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, тахикардия. Отмечаются напряжение мышц живота и перитонеальные явления во всех его отделах.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

На операции, по поводу рака сигмовидной кишки, у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в печени. Состояние больного удовлетворительное.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 5 дней назад, появились боли в эпигастриальной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на 5-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние удовлетворительное. Температура 37,4°C, пульс 88 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12x8 см плотнo-эластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови $11,0 \times 10^9$.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 26 лет, оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в правой подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапания в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 41 год, 6 суток назад оперирован по поводу гангренозного аппендицита, диффузного серозно-фибринозного перитонита. Сегодня появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Консервативное лечение было неэффективным, и больной через 6 часов от появления болей повторно оперирован. На операции выявлено, что на расстоянии 3,0 см от связки Трейтца тонкая кишка деформирована спайками по типу "двустволки". Проксимальные отделы кишки раздуты, содержат жидкость и газ, дистальные - в спавшемся состоянии.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выраженная болезненность при пальпации 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации: ослабление дыхания справа. При перкуссии: тимпанит, состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 40 лет, после алкогольного опьянения в течение 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит.

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 30 лет, оперированного с диагнозом острый аппендицит, при вскрытии брюшной полости разрезом по Волковичу-Дьяконову обнаружено, что червеобразный отросток неизменен. Подвздошная кишка на протяжении 60 см от илеоцекального угла резко отечна, гиперемирована, в брыжейке ее определяются точечные кровоизлияния и увеличенные лимфоузлы - диагностирована болезнь Крона.
План обследования и лечения?

Задача

Больная, 42 лет, предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами.
Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 35 лет, с центральным раком легкого, определяется осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии дыхательная функция компенсирована.
Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной 32 лет, на 5-е сутки после кесарева сечения, внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища, набухание шейных вен. Одышка до 30/мин. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление достигает 600 мм. рт. ст.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 49 лет, заболел остро сутки назад, когда появились сильные боли в левой ноге, похолодание и онемение ее; отметил ограничения движений в суставах пальцев стопы. Шесть месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Состояние больного средней тяжести. Пульс 80 уд/мин, аритмичный. Кожные покровы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, имеется умеренный отек голени. Пальпаторно определяется болезненность икроножных мышц и снижение глубокой чувствительности. При пальпации определяется усиленная пульсация бедренной артерии на уровне папулярной связки, ниже - пульсация артерий отсутствует на всем протяжении конечности. Правая нижняя конечность не изменена.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, 23 лет (беременность 39 недель) - илеофemorальный венозный тромбоз. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий тромб общей подвздошной вены.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 20 лет, по ошибке приняла раствор каустической соды около 3-х месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Р-логически определяется рубцовая стриктура средней 1/3 пищевода. Диаметр его не превышает 2-3 мм.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

В хирургическое отделение поступил больной 70 лет, с жалобами на отек левой нижней конечности, боли в голени и бедре. За неделю до поступления отметил появление боли и покраснение подкожных вен на голени, затем по внутренней поверхности бедра. Лечился амбулаторно. В связи с внезапно появившимся отеком всей нижней конечности был госпитализирован. При осмотре левая нижняя конечность отечная до паховой складки, пальпаторно по медиальной поверхности бедра определяется болезненный тяж. Разница периметров на бедре составляет 5 см.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, 50 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 78 лет, при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, метастазы в печени. При глотании с трудом проходит жидкость.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, 27 лет, на границе верхних квадрантов левой молочной железы определяются два очага уплотнения размером до 2 см, не спаянных с кожей, которые уплотняются и становятся болезненными в предменструальном периоде.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 50 лет, обнаружен рак средне-грудного отдела пищевода. Р-логически протяженность участка поражения до 8 см, смещаемость его по отношению к отделам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. По данным компьютерной томографии имеются единичные регионарные метастазы, отдаленных нет. Заключение гистологического исследования - плоскоклеточный рак. Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеничен, за время болезни похудел на 15 кг. Сопутствующих заболеваний не выявлено.

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 48 лет, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоке, температура 39,5°C, лейкоцитоз. Р-логически: скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, 70 лет, в правой молочной железе выявлены большая опухоль с изъязвлением кожи, втягиванием и деформацией соска, множественные увеличенные лимфоузлы в подмышечной области, на рентгенограммах позвоночника отмечена деструкция 4-5 поясничных позвонков.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного рак нижней трети пищевода с распространением на желудок, протяженностью около 7 см. При компьютерной томографии грудной полости высказано подозрение об интимном спянии опухоли с перикардом, а при исследовании брюшной полости высказано предположение об увеличенных лимфоузлах паракардиальной области.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2х2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Клиника эутиреоза.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Из вырезывателя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад он был избит. При обследовании периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона N 18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 88 уд/мин, хорошего наполнения. Hb - 140 г/л.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больная 60 лет. 10 лет назад у нее диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5х3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной: слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

После падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость на границе нижней трети и средней трети плеча. Здесь же подвижность и костный хруст. Левая кисть «висит», активное разгибание пальцев и кисти отсутствует.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 70 лет, с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации.

План обследования и лечения?

Задача

В клинику в состоянии шока (АД 70/40 мм. рт. ст., тахикардия - пульс 120 уд/мин, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Лыжник, спускаясь с горы, упал при резком повороте. Почувствовал боль и хруст в правом бедре. Обнаружено отсутствие активных движений, деформация по типу «галифе», наружная ротация стопы.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 58 лет, диагностирована аденома предстательной железы I стадии. Объем предстательной железы 29 см³, выявлены камни простаты, хронический калькулезный простатит. Ночная поллакиурия 1 раз, днем мочеиспускание с интервалом 3-4 часа.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 20 лет, во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной 60 лет. Болен в течение 4 месяцев, когда появился кашель, температура до 38°C. лечился в стационаре по поводу правосторонней пневмонии с временным эффектом, в последние 1,5 месяца состояние ухудшилось, усилился кашель, одышка, в мокроте появились прожилки крови. При обследовании: рентгенологически отмечается гиповентиляция в средней и нижней долях, правый корень расширен, уплотнен. При бронхоскопии отмечается обтурация среднедолевого бронха с шероховатостью и повышенной кровоточивостью по передней стенке нижнедолевого бронха. При морфологическом исследовании биоптата: плоскоклеточный рак. При торакотомии определяется ателектаз средней доли, в лимфоузлах корня - гиперплазия. Диагноз: Центральный рак среднедолевого бронха с распространением на нижнедолевого бронх.

План лечения?

Задача

Больной, 45 лет, госпитализирован в тяжелом состоянии. Беспокоят боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, кашель с большим количеством мокроты имеющий вид мясных помоев. При обследовании выявлена значительная зона притупления перкуторного звука слева, аускультативно - множество влажных хрипов. На рентгенограмме обширное затемнение левого легкого, в котором определяются неправильной формы полости и тени секвестров.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной 50 лет. Из анамнеза: недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулемного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 60 лет, поступила с явлениями частичной кишечной непроходимости, которая была разрешена консервативными мероприятиями. При ирригоскопии выявлен участок циркулярного симметричного сужения в нисходящем отделе толстой кишки, имеющий четкие контуры, длиной около 10 см. Рельеф слизистой оболочки сохранен, складки выпрямлены, сближены. Местами их непрерывность нарушается отдельными мелкими

дефектами. Подвижность пораженного участка ограничена, стенка ригидная, нижний участок неизменной кишки расширен, продвижение бариевой взвеси замедлено.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной, 27 лет, оперирован по поводу острого аппендицита. На операции флегмонозно измененный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, гомогенное, плотное и умеренно болезненное. Температура тела 37,2°C, лейкоциты $9,1 \times 10^9$.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 40 лет, после алкогольного опьянения в течение 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больного, 30 лет, оперированного с диагнозом острый аппендицит, при вскрытии брюшной полости разрезом по Волковичу-Дьяконову обнаружено, что червеобразный отросток неизменен. Подвздошная кишка на протяжении 60 см от илеоцекального угла резко отечна, гиперемирована, в брыжейке ее определяются точечные кровоизлияния и увеличенные лимфоузлы - диагностирована болезнь Крона.

План обследования и лечения?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на задержку менструации в течение семи недель, слабость, сонливость, отсутствие аппетита, постоянную тошноту и рвоту после каждого приема пищи, слабость. За последний месяц похудела на 4,5 кг. В анамнезе ОРВИ, хронический гастрит. На диспансерном учете не состоит. Менархе в 15 лет, Менструальный цикл регулярный. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Телосложение астеническое, вес 54 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, с желтоватым оттенком, тургор резко снижен, температура тела 37,2°C, ЧДД 17 в минуту, АД 100 и 60 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. В зеркалах: слизистая чистая. Выделения обычные бели в небольшом количестве. Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей. Матка увеличена до 8 недель беременности, мягкая, подвижная, безболезненная. Шейка матки сформирована, плотная, наружный зев закрыт. Придатки не увеличены, пальпация их безболезненная. Своды свободные.

1. Диагноз?

2. Лечение. Тактика врача женской консультации?

3. Прогноз на дальнейшее вынашивание беременности?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

К врачу женской консультации обратилась женщина 32 лет с жалобами на задержку менструации в течение трех месяцев, тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней. Соматически здорова. Менструальный цикл с 14 лет, регулярный. В браке 10 лет, муж здоров. Первая беременность закончилась срочными родами девять лет назад. Две последующие беременности завершились соответственно медицинским абортom в сроке семь недель и самопроизвольным выкидышем в сроке восемь недель с выскабливанием полости матки. Гинекологические заболевания отрицает. В течение трех лет после последней беременности с целью контрацепции использовала внутриматочную спираль, которая удалена год назад в связи с нарушением менструального цикла по типу мено-метроррагии. После удаления ВМС цикл нормализовался, но менструальные выделения остались обильными, продолжительностью до 8 дней, чаще болезненные. К врачу не обращалась. Объективно: Общее состояние не нарушено. Температура тела 37°C. По органам без патологии. АД 120 / 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 84 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. На подкладной кровянистые выделения темного цвета в небольшом количестве. В зеркалах: слизистая цианотичная, чистая. Шейка матки деформирована за счет старых разрывов. Наружный зев зияет. Из цервикального канала выделения темной крови со слизью в количестве 5 – 7 мл. При бимануальном исследовании установлено: влагалище рожавшей, емкое. Тело матки увеличено до 13 недель беременности, размягчено, подвижное. Перешеек размягчен. Шейка матки укорочена до 2,5 см, наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Придатки не пальпируются, область их безболезненная.

1. Диагноз?

2. Сопутствующая патология?

3. Возможное осложнение?

4. Тактика врача женской консультации?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильное отделение поступила беременная М., 24 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод 3 часа назад. Схваток нет. 1-ая беременность 4 года назад закончилась кесаревым сечением по поводу гипоксии плода, извлечен мальчик массой 3250,0. Послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке. 2-ая беременность - медицинский аборт, 2 года назад, без видимых осложнений. 3-я беременность - настоящая, протекала с угрозой прерывания беременности в 1-ом триместре, находилась на стационарном лечении. При поступлении срок беременности 38-39 недель. Общее состояние удовлетворительное. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 37 см. Матка в тонусе, при пальпации болезненная. В области нижнего сегмента при пальпации отмечается болезненность. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка, 140-146 ударов в минуту. Размеры таза: 25-27-31-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размерами 10,5х11 см. Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка сформирована, длиной 2-2,5 см, смещена кпереди, частично размягчена. Наружный зев вкладывает кончик пальца. Через своды определяется предлежащая часть головки. Подтекают светлые околоплодные воды. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

1. Диагноз?

2. Были ли ошибки в ведении беременности? Какие?

3. Каков предполагаемый вес внутриутробного плода?

4. Какие дополнительные исследования можно применить в данном случае?

5. План ведения родов.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в связи со схватками. Беременность 5-ая, роды предстоят 3-й. Первая беременность - срочные нормальные роды 10 лет назад, масса плода 3650. Ребенок жив. Вторая - 7 лет назад - срочные нормальные роды, масса плода 3900,0. Третья и четвертая беременности - искусственные аборты 4 и 3 года назад, последний аборт осложнился воспалительным процессом матки и придатков. Данная беременность протекала без осложнений, в конце беременности отмечала отеки ног. Общая прибавка массы тела за беременность - 18 кг. Сопутствующей экстрагенитальной патологии по данным женской консультации не выявлено. Схватки начались 3 часа назад, воды отошли 2 часа назад. Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 82 кг. Кожные покровы нормальной окраски. Отеки голеней. АД - 140/95 - 140/100 мм рт.ст. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд хорошей силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка справа, до 150 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16,5 см. Ромб Михаэлиса 10,5-10,0 см. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края ее тонкие, раскрытие маточного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, швы и роднички узкие. Родовой опухоли на головке нет. Емкость таза не уменьшена. Диагональная конъюгата 13 см. Предполагаемая масса плода 4100-4200,0 г. Решено роды предоставить естественному течению. Через 11 часов от начала родов схватки усилились через 2,5-3 минуты по 40 секунд, сильные, болезненные, потужного характера. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена ровный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки 9 см. Головка во входе в малый таз, вне схватки отталкивается. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой слева кпереди; швы и роднички определяются с трудом, кости черепа плотные.

1. Ваш диагноз при поступлении женщины.
2. Какие осложнения беременности?
3. Правильно ли выбрана тактика ведения родов при поступлении в роддом?
4. Окончательный диагноз.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад. Менструальная функция нормальная, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 164 см, масса тела 75 кг. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4300 -4400 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие 4 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых околоплодных вод. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Мыс не достигнута. Экзостозов в малом тазу нет.

1. Диагноз?
2. Какие осложнения возможны при тазовом предлежании для плода при родах естественным путем при средней массе плода?
3. Какие есть пособия для оказания помощи при родах в тазовом предлежании?
4. План ведения родов?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная 20 лет, поступила в родильный дом с жалобами на тошноту, слюнотечение, рвоту до 12 раз в сутки, не связанную с приемом пищи, слабость, недомогание, головокружение. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, безболезненные, в значительном количестве. Последняя менструация 3/X. Половая жизнь с 18 лет. Две недели назад появились тошнота, рвота после еды, которая в последующие дни участилась. За это время потеря массы тела составила 3 кг. Врачом женской консультации женщина направлена в родильный дом. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, суховаты. Телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 56 кг, рост 160 см. АД - 110/60 мм рт.ст., пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца несколько приглушены. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены в размерах. Влагалищное исследование: имеется цианоз слизистой входа во влагалище. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки не определяются. Выделения слизистые. При исследовании крови обнаружено, что гемоглобин 100 г/л, белок общий - 70 г/л. В анализе мочи определяется - ацетон (+++).

1. Диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии выписки беременной из стационара?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Роженица 27 лет, поступила в родильный дом со схватками. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. 2-ая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; 3-я - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки. Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа назад, воды излились 1 час назад. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см. Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр. Симптом Вастена положительный. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз?
2. Характер вставления головки?
3. Какие возможны осложнения в течение родовой деятельности.
4. Тактика врача?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

К врачу женской консультации обратилась повторнородящая 29 лет с жалобами на отсутствие шевелений плода в течение двух дней. На учете с 6 недель, наблюдалась регулярно. Последняя явка на прием семь дней назад, каких либо отклонений в течение беременности выявлено не было. Соматически здорова. Менархе с 12 лет, менструальный цикл не нарушен. Срок беременности 41/42 недели. Первая половина беременности протекала без осложнений. В 8, 24 и 32 недели перенесла ОРВИ, лечилась самостоятельно. АД в течение беременности не повышалось. Общая прибавка в массе тела 8 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Температура тела 36,6 С. Дыхание везикулярное. АД 100/60; 110/60 мм рт. ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. ОЖ 86 см, ВДМ 34 см. Матка возбудима, пальпация безболезненная. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердечные тоны не выслушиваются. Размеры таза 25-29-30-21. Выделений из половых путей нет.

1. Диагноз?
2. Предполагаемая причина осложнения?
3. Тактика врача женской консультации?

4. Обследование в стационаре?
5. Наиболее рациональный способ родоразрешения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная 25 лет. Жалоб не предъявляет. Срок гестации 38/39 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Первая половина беременности протекала без осложнений, с 32 недель тазовое предлежание. УЗИ в 33 – 34 недели: Плод в тазовом предлежании, соответствует сроку гестации; плацента 2-3 степени зрелости, расположена по задней стенке ближе к дну; околоплодных вод норма; по органам без патологии. КТГ в 36 недель соответствует варианту первого уровня неритмичности. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Прибавка в массе тела за неделю 820 г (общая за беременность 16 кг). АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. ОЖ 98 см; ВДМ 40 см. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 146 в минуту. Размеры таза: 23 – 26 – 30 – 21 см, индекс Соловьева 15,5. Физиологические отправления в норме. В анализе мочи единичные лейкоциты. Выделений из половых путей нет.

При вагинальном осмотре: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена кпереди по оси таза, длиной до 2 см, размягчена полностью, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев свободно. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

1. Диагноз?
2. Какая ошибка допущена при ведении беременной в женской консультации?
3. Рекомендации врача?
4. Тактика ведения родов?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная 25 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и начавшимися схватками. Менструации с 12 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 28 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Первая беременность через год после замужества закончилась медицинским абортom по желанию женщины при сроке беременности 10 недель. После аборта было воспаление придатков матки. Лечилась амбулаторно. Данная беременность вторая. Первая половина беременности протекала без осложнений. В последние 3 недели появились отеки на ногах, передней брюшной стенке. Консультацию не посещала.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Значительные отеки в области стоп, голеней и передней брюшной стенке. Масса тела 75 кг, рост 158 см, АД - 150/90 мм рт.ст. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки через 3-4 минуты по 35-40 секунд, средней силы, умеренно болезненные. В анализе мочи - белок 1,1 г/л.

Появилось желание по тужиться. Потуги хорошей силы по 50-55 секунд через 1-2 минуты. В этот момент значительно повысилось АД - до 180/110 мм рт.ст. Общее состояние удовлетворительное, головной боли нет, зрение ясное. Головка плода наружными приемами не определяется. С целью определения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование: открытие шейки полное. Плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере выхода полости малого таза, малый родничок под лбом.

1. Диагноз?
2. План ведения при данной ситуации?
3. Каковы ошибки, допущенные в женской консультации?
4. Какое осложнение возможно при преэклампсии в родах, какова их профилактика?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная 24 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи после судорожного припадка при беременности 37 недель, который произошел 1 час назад. Родовой деятельности нет. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 года. До 35 недель наблюдалась в женской консультации. Последние 3 дня беременную беспокоили головные боли, была несколько раз рвота. При поступлении общее состояние тяжелое. Жалуются на головную боль, мелькание мушек перед глазами. Лицо гиперемировано, одутловатое, значительные отеки на ногах, руках и передней брюшной стенке. АД 190/110 мм рт.ст., пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Анализ мочи: белок 6,6 г/л, гиалиновые и зернистые цилиндры 6-7 в поле зрения. Положение плода продольное, передний вид, 2 позиция, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 136 ударов в минуту. Размеры таза: 26-29-32-20 см. Матка в нормальном тонусе, родовой деятельности нет. Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка отклонена кзади, плотная, до 2,5 см, наружный зев вкладывает кончик пальца. Через своды определяется головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет.

1. Диагноз, симптомы, подтверждающие его?
2. План ведения?
3. Неотложная помощь?
3. Лечение эклампсии в современных условиях.
4. План ведения в послеродовом отделении?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Роженица 35 лет, поступила в родильный дом 10/Х в 8 часов с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. В детстве болела корью, гриппом, перенесла ОРВИ, ангину, бронхит. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Первая беременность закончилась самопроизвольными нормальными родами живым ребенком, массой 3600 гр., 7 лет назад. В последующем было два искусственных аборта без осложнений. Два года назад имелись патологические роды, закончились кесаревым сечением в 38 недель по поводу предлежания плаценты (живой мальчик, 3200 гр., 50 см). Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 7-й день, заживление первичным натяжением, выписана на 6 день. Ребенок здоров. Данная беременность пятая, протекала без осложнений. Прибавка веса за беременность 11 кг. По беременности наблюдается в женской консультации, последнее посещение - 2 недели назад. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, масса тела 82 кг, рост 168 см. По органам - без особенностей. АД - 120/80 мм рт. ст. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки над лбом 34 см, ПМП - 3200 гр. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. При пальпации послеоперационного рубца втяжений, болезненности не выявлено. Родовая деятельность началась 4 часа назад. При поступлении схватки через 4-5 минут по 35 секунд, средней силы. Воды не изливались. При ультразвуковом исследовании 2 недели назад, при последнем посещении женской консультации, рубец на матке состоятелен. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей, шейка сглажена, края ее тонкие, открыты 7 см, плодный пузырь цел - вскрыт - отошло умеренное количество светлых околоплодных вод. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди (ведущий), большой справа кзади. Емкость таза удовлетворительная. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

1. Диагноз?
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?
3. План ведения родов?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая 30 лет. Роды вторые, срочные. Первая беременность закончилась 2 года назад кесаревым сечением по поводу полного предлежания плаценты. Схватки через 3-4 минуты по 45 сек., умеренные. Положение плода продольное. Головка большая, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное слева ниже пупка. Размеры таза: 25-28-31-20. Внутреннее исследование: открытие зева почти полное, края шейки толстоватые, плодный пузырь цел. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже

большого. Плодный пузырь вскрыт. Излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. После нескольких потуг роженица вскрикнула, победно. Родовая деятельность прекратилась. Конфигурация живота резко изменилась. Пульс 142 удара в 1 мин., почти не ощутим.

1. Диагноз?
2. Что делать?
3. Возможный объем операции?
4. Осложнения.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнобеременная 30 лет, поступила на родоразрешение в родильный дом при беременности 38/39 недель. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность 3 года назад закончилась мертворождением. В родах была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция плода, интранатальная гибель, плода, вес плода 3800 г. Данная беременность - вторая. Общее состояние удовлетворительное, рост 164 см, масса тела 75 кг. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 120/80 - 130/80 мм рт.ст. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки от лона 38 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3900 гр. При ультразвуковом исследовании был определен мужской пол плода. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сформирована, цервикальный канал пропускает один поперечный палец. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы, над плоскостью входа в таз. Емкость таза удовлетворительная. Мыс не достижим. Экзогестозов в малом тазу нет.

1. Диагноз?
2. План ведения, обоснование?
3. Какой вид родоразрешения оптимален? Почему?
4. Перечислите осложнения в родах при тазовом предлежании для матери и для плода.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная 27 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли в эпигастриальной области, которые появились три дня назад, а накануне обращения локализовались внизу живота. На учете с 8 недель, наблюдается регулярно. В анамнезе ОРВИ и аппендиэктомия в детском возрасте без осложнений. Менструальный цикл не нарушен. Беременность седьмая, из них один роды семь лет назад путем операции кесарева сечения в связи с клинически узким тазом, два медицинских аборта и два самопроизвольных выкидыша в сроке 7 и 10 недель, последний за 5 месяцев до наступления настоящей беременности. Общее состояние не нарушено. Кожные покровы обычной окраски и влажности. АД 120 и 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Срок гестации 36-37 недель. Живот увеличен беременной маткой, форма в виде поперечного овала. Матка возбудима, тонус слегка повышен. При пальпации определяется болезненность в нижнем сегменте над лоном в области послеоперационного рубца. Положение плода поперечное, головка слева, ЧСС 132 в минуту. Высота дна матки и размеры плода соответствуют предполагаемому сроку беременности. Количество околоплодных вод нормальное. Выделений из половых путей нет.

1. Диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. Какое обследование необходимо провести в родильном доме?
4. Тактика врача родильного дома?
5. Зависит ли выбор акушерской тактики от срока беременности?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 недель, с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области и "пелену" перед глазами. Пастозность лица, нижние конечности отекают. Т - 37,0. Пульс - 84, ритмичный и напряженный. АД - 185/110. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 26-29-31-21. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. Потуги по 30-35 секунд, через 3-4 минуты. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождающийся судорогами и потерей сознания. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, головка в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

1. Диагноз?
2. Что делать?
3. Можно ли было избежать припадка?
4. Лечение?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Роженица 26 лет, 2-я беременность, вторые роды. Схватки начались 4 часа тому назад. Первая беременность закончилась срочными родами. Вес плода 3300г. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза 25-28-30-20. Еще через 3 часа родовая деятельность стала значительно слабее. Сердцебиение плода участилось до 150-170 уд./минуту стало приглушенным и временами аритмичным. КТГ - патологический тип кривой. Влагалищное исследование: полное раскрытие маточного зева, плодного пузыря нет, головка плода на дне таза, стреловидный шов в прямом размере. Большой родничок под лоном, определяется его задний угол, малый родничок сзади.

1. Диагноз?
2. Что делать?
3. Обоснуйте способ родоразрешения.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первородящая 25 лет. Беременность первая, 39 недель. Рост 150 см, вес-58 кг. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 40 см. Предполагаемая масса плода 4000г. Положение плода продольное. Предлежащая часть - головка, крупная, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин. Размеры таза: 24-27-28-18 см. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 2-3 см. Края средней толщины умеренно податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 10 см.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения родов. Обосновать.
3. Какие ошибки допущены в женской консультации?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая 30 лет, срочные роды, находится в родах 14 часов. Первый период родов сопровождался слабостью родовой деятельности, ввиду чего проводилась родостимуляция путем в/в капельного введения окситоцина. Отмечалась бурная родовая деятельность, излились околоплодные воды равномерно окрашенные меконием. Внезапно у роженицы появился сильный озноб, отмечено повышение t до 39°C, цианоз лица, затрудненное дыхание. АД - 85/60 мм рт.ст., пульс 110 уд./мин., слабого наполнения. КТГ: БЧСС - 105 уд./мин, отмечается появление децелераций. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза, вставление правильное.

1. Диагноз?
2. Укажите способ родоразрешения?
3. Дальнейшая тактика врача?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнобеременная, повторнородящая О., 32 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и жалобами на подтекание околоплодных вод, которое началось 4 часа назад. Менструальная функция до беременности не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Первая беременность 6 лет назад закончилась искусственным абортom без осложнений при сроке 7-8 недель беременности. Вторая и третья беременности закончились нормальными родам вес детей - 3600 и 3700 гр. Данная беременность четвертая. При поступлении общее состояние удовлетворительное, масса тела 73 кг, рост 165 см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. АД - 110/70 мм рт.ст. пульс 80 ударов в минуту. Температура тела нормальная. Обращает на себя внимание значительное перерастяжение передней брюшной стенки. Окружность живота 117 см, высота стояния дна матки 31 см. Размеры таза: 25-29-32-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 гр. При наружном акушерском исследовании обнаружено: над гребнями подвздошных костей с обеих сторон пальпируются крупные части плода. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Подвижность плода ограничена. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена, канал ее проходим для 2-х пальцев. Плодного пузыря нет. Предлежат петли пуповины, которые хорошо пульсируют. Предлежащая часть отсутствует. Мыс не достигается.

1. Диагноз.
2. План ведения.
3. Какова позиция плода у данной роженицы.
4. Возможные осложнения в родах.
5. Исходы для плода при различных видах родоразрешения при имеющемся положении его.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Данная беременность вторая, 38 недель. Первая закончилась самопроизвольным выкидышем. Проводилось выскабливание полости матки. Беременность протекает на фоне умеренной преэклампсии с 34 недели беременности. При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям беременности, размеры живота плода - 34 неделям. Плацента на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификациями, 2,5 см толщиной. По данным доплерометрии отмечается повышение резистентности в обеих маточных артериях. Кровоток в системе мать-плацента-плод нарушен. Выявляется снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение плода 124-134 определяется. Оценка КТГ - 8 баллов.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Лечение

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У беременной 32 лет с явлениями резус-сенсибилизации (титр антител 1:128) в анамнезе 1 роды и 2 искусственных аборта. Группа крови В (III) резус-отрицательная. Во время данной беременности был произведен диагностический кордоцентез в сроки 33-34 недели. У плода диагностирована А(II) резус-положительная группа крови, гемоглобин - 53 г/л, гематокрит - 21 %, что явилось показанием для внутриутробного переливания отмытых эритроцитов. В сроке 36 недель родился живой недоношенный мальчик весом 2650 г, длиной 47 см. Оценка по шкале Апгар - 7 баллов. Кожные покровы бледные, желтушность лица. Печень увеличена. Гемоглобин - 169 г/л, билирубин пуповинной крови - 71,4 ммоль/л.

1. Диагноз
2. Тактика ведения?
3. Ошибки в тактике ведения данной пациентки.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная, 36 лет, поступила в стационар на сроке 35 недель беременности. При поступлении предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течении 4 часов. При ультразвуковом исследовании обнаружено: размеры плода соответствуют 35 неделям беременности, плацента расположена по передней стенке матки, на 1 см выше области внутреннего зева. Между базальной поверхностью плаценты и стенкой матки определяется эхонегативная прослойка размером 4х1 см. Околоплодных вод умеренное количество. Сердцебиение плода аритмичное, около 100 уд/мин

1. Диагноз?
2. Тактика ведения пациентки.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная поступила в 38 недель. При поступлении АД 170/95, 165/85 мм рт. ст., выраженные отеки, жалобы на головную боль, «мелькание мушек перед глазами». В приемном покое произведен экспресс-тест, определено в анализе мочи белок - I гр. При ультразвуковом исследовании выявлено: бипариетальный размер головки и длина бедренной кости плода соответствуют 37 неделям, размеры живота плода - 34 неделям. Плацента расположена на передней стенке матки, III степени зрелости с множественными петрификациями. Количество околоплодных вод резко снижено. Дыхательная и двигательная активность плода значительно снижены. Сердцебиение определяется, аритмичное 110-115 ударов в минуту. Оценка биофизического профиля плода составляет 5 баллов.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения беременной.
3. Что такое «лечебно-охранительный режим по Строганову»?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильный дом доставлена беременная при сроке гестации 36 недель. Предыдущая беременность 4 года назад закончилась операцией кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности. Утром после поднятия тяжести появились боли в подложечной области, тошнота. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов/мин., АД - 110/60 мм рт. ст. На передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец длиной 13 см, заживший вторичным натяжением. В средней трети рубец звездчатый, интимно связан с подлежащими тканями, болезненный при пальпации. Родовой деятельности нет. Матка напряжена, контуры ее четкие, в области рубца матка болезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156 ударов/мин. Выделений из половых путей нет.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом при сроке беременности 37 недель после судорожного припадка эклампсии. Прибавка массы тела за беременность 18 кг. Выраженные отеки конечностей, одутловатость лица. Последние 3 дня беременную беспокоили головные боли, несколько раз была рвота. Общее состояние тяжелое. Жалобы на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, боль в подложечной области. Значительные отеки на ногах и передней брюшной стенке, цифры АД 180/100 мм рт. ст. Родовой деятельности нет. Сердцебиение приглушенное, ритмичное, 124 ударов/мин.

1. Диагноз?

2. Тактика ведения беременной.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при эклампсии.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная на 24 неделе поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза: данная беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности. Дважды в сроке 15 и 20 недель находилась на лечении в стационаре. Проводилась сохраняющая терапия. При поступлении, по данным ультразвукового исследования выявлено: плод в головном предлежании, размеры его соответствуют 24-недельному сроку беременности. Головка плода расположена очень низко. Плацента расположена по задней стенке матки, I степени зрелости, 2,1 см толщиной. Околоплодных вод умеренное количество. Отмечается участок сокращенного миометрия передней стенки матки. Длина шейки матки 1,5 см. Сердцебиение определяется.

1. Диагноз?
2. План лечения.
3. Тактика проведения профилактики РДС синдрома.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в 40 недель беременности с хорошей родовой деятельностью. Беременность протекала без осложнений. В 24 недели беременности проводилось лечение микоплазмоза. В анамнезе 1 самопроизвольные роды и 2 искусственных аборта. После 2-го аборта было повторное выскабливание матки. Проводилось лечение антибактериальной терапией. Родовая деятельность продолжалась 8 часов. Родилась живая доношенная девочка массой 3400 г. Признаков отделения плаценты нет. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 82 уд. в мин. Состояние роженицы удовлетворительное.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения родов.
3. Перечислите признаки отделения плаценты.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая поступает в стационар в сроке беременности 34 недели с жалобами на болезненные ощущения внизу живота. ОЖ 89 см. ВДМ 35 см. Из анамнеза: 1,5 года назад произведено кесарево сечение по поводу тазового предлежания и крупного плода; послеоперационный период осложнился эндометритом. Проводился курс антибактериальной терапии. При пальпации кожный рубец спаен с подлежащей тканью. При выполнении ультразвукового исследования - контуры нижнего сегмента неровные, отмечаются втяжение в виде ниши, локальное истончение нижнего сегмента до 1,9 мм, точечные плотные включения. Пальпация рубца болезненна.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения беременной.
3. Перечислите признаки несостоятельности рубца на матке.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная в сроке беременности 33 недели. Предыдущая беременность 4 года назад закончилась операцией кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности. Утром после поднятия тяжести появились обильные кровянистые выделения. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 94 уд. в мин. В приемном покое роддома при ультразвуковом исследовании обнаружено: размеры плода соответствуют 32 неделям беременности. Плацента по передней стенке матки с переходом на заднюю, расположена внизу и перекрывает внутренний зев. Определяется гипохоргогенный участок между базальной поверхностью плаценты и внутренним зевом около 7 см длиной. Околоплодных вод умеренное количество. Сердцебиение плода не определяется.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения беременной.
3. Перечислите возможные причины данной патологии.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первобеременная поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, которая началась 5 ч назад. Схватки по 50 сек, через 3-4 мин. активные. Размеры таза - 25-28-31-20 см. Высота стояния дна матки - 42 см. Окружность живота - 104 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз, фиксирована. Сердцебиения плода ясное, ритмичное, 142 ударов/мин, слева ниже пупка. Признак Вастена ровный. Размеры Цангемейстера - 19 и 19 см. Роженица предъявляет жалобы на затрудненное мочеиспускание. При осмотре обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 8 см. Плодного пузыря нет. Подтекают околоплодные воды окрашенные меконием. Слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади - переносица и корень носа, в центре - лоб. Лобный шов в правом косом размере. Мыс не достигается.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения родов.
3. Перечислите возможные причины данной патологии.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У пациентки 36 недель беременности. Течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания беременности, по поводу чего находилась на лечении в стационаре. При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям гестации, размеры живота плода - 32-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификациями, 2,5 см толщиной. Выявлено снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 9 баллов. При доплерометрии в системе мать-плацента-плод определяется повышенная резистентность в маточных артериях.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения беременности.
3. Перечислите возможные причины данной патологии

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У пациентки 28 лет в сроке беременности 24 недели были впервые обнаружены резус-антитела в титре 1:16. В анамнезе два искусственных прерывания беременности в сроки 8 и 10 недель беременности, данная беременность третья. Анализ крови на наличие титра антител, проводимый в динамике, возрос к сроку 37 недель беременности и составил 1:64. По данным УЗИ имеется утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени и селезенки плода. При исследовании околоплодных вод в сроке 35 недель оптическая плотность билирубина - 0,237 отн. ед. (2 зона по шкале Лили). В 37 недель произошли роды. Ребенок оценен по шкале Апгар 6-7 баллов. При анализе пуповинной крови обнаружено: непрямого билирубин - 92,2 ммоль/л, гемоглобин - 120 г/л, прямая реакция Кумбса положительная, группа крови - A (II), резус - положительный.

1. Диагноз.
2. Составить план ведения беременной.
3. Возможные осложнения.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В послеродовом отделении находится родильница 25 лет. Жалобы на озноб, повышение температуры тела, боли внизу живота. Роды произошли 3 дня назад, осложнились плотным прикреплением плаценты, была проведена операция ручного отделения и выделения плаценты. Объемно: состояние женщины средней тяжести, температура 39 °С, пульс 100 ударов в 1 минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом.

том. Живот мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах, дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, без запаха. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, при пальпации безболезненные. По УЗИ ОМТ матки 130 мм на 90 мм на 120 мм, в полости матки сгустки. М-эхо 16 мм, цервикальный канал расширен до 13 мм. Яичники не визуализируются. За маткой небольшое количество свободной жидкости.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Назначьте лечение.
4. Какие методы лечения следует применить при недостаточности консервативной терапии?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

К врачу женской консультации обратилась женщина 34 лет с жалобами на задержку менструации более четырех месяцев, периодические ноющие боли внизу живота и в области поясницы и мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые регулярно появляются после полового акта. В анамнезе хронический бронхит, хронический гастрит, хронический холецистопанкреатит, нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Менструальный цикл с 10 лет, нерегулярный, задержки до 40 - дней. Половая жизнь с 18 лет. Последние два года к гинекологу не обращалась. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, с явлениями гирусутизма. Т. тела 36,70 С. Дыхание везикулярное. АД 130 / 80 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 84 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. На 10 см выше лона определяется дно матки. В зеркалах: слизистая влагалища бледно-розового цвета. Шейка матки гипертрофирована, покрыта неизменной слизистой за исключением наружного зева, легко кровоточащие при прикосновении. Выделения обильные, водянистые с примесью небольшого количества «старой» темной крови. Бимануальное исследование. Тело матки увеличено до 13 – 14 недель, мягкое, безболезненное. Шейка матки бочкообразной формы, длиной до 4 см, отклонена кзади, перепоек размягчен. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки не пальпируются, область их безболезненная. Своды глубокие, свободные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какую сопутствующую патологию необходимо исключить в первую дифференциальную диагностику?
4. Какие методы исследования будут иметь решающее значение в уточнении диагноза?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 20 лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учет, считает себя беременной (задержка менструации 25 дней). При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. При гинекологическом осмотре: матка не увеличена, обнаружено увеличение маточных придатков справа, тестоватой консистенции, цианоз слизистой влагалища. При ультразвуковом исследовании органов малого таза заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Кровь на ХГЧ – 1500 МЕ/мл в день обращения в женскую консультацию.

1. Диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?
4. Назовите стандартный объем консервативной операции при внематочной беременности.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Нерожавшая женщина 24 лет заболела остро на второй день после искусственного аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в дежурный гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 15,0, СОЭ 35 мм в час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная и умеренно болезненная, зев закрыт. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Выделения скудные, кровянистые без запаха. По УЗИ органов малого таза: матка 6,7 см × 5,7 × 6,6 см, полость матки расширена, содержит сгустки, цервикальный канал закрыт. Яичники не визуализируются. За маткой небольшое количество свободной жидкости.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. В комплексном лечении пациентки ведущую роль играют?
4. Современное ведение пациенток после искусственного аборта?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живёт нерегулярно, постоянного партнёра не имеет. Менструальный цикл не нарушен. Живот обычной формы, при пальпации мягкий. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, безболезненны. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые бели в виде «гнойной денты». По УЗИ органов малого таза: матка 5,2 см × 4,3 × 4,8 см, полость матки не расширена, М-эхо 12 мм, эндометрий пролиферативного типа. Цервикальный канал 40 мм. Правый яичник 2,5 × 2,8 см содержит до 8 мелких фолликулов по периферии, левый яичник не визуализируется. За маткой небольшое количество свободной жидкости. По результатам ПЦР (фемофлор) выраженный анаэробный дисбиоз. В работе ПЦР на *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*.

1. Диагноз?
2. Какие исследования позволяют выявить этиологию заболевания?
3. Ваша тактика?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 32 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли появились после акта дерекации утром, сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой. Из анамнеза выяснено, что менструации по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, регулярные, необильные. Половая жизнь в течение последних 3-х лет. Беременность 1, 2 года назад окончилась нормальными родами. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, но сопровождается болями и чувством «дурноты» и в течение 2-х недель кровяные выделения не прекращаются, скудные, темно-красные. Из объективных данных обращает на себя внимание, бледность кожных покровов, учащение пульса до 100 ударов в минуту, снижение АД до 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии - притупление звука в нижних отделах. При осмотре с помощью зеркал - стенки влагалища и шейки матки цианотичные. Из цервикального канала скудные кровяные выделения. При двуручном влагалищно - абдоминальном исследовании влагалище рожавшей, движения за шейку резко болезненны. Матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. Придатки справа несколько увеличены, «тестоватой» консистенции, левые придатки без особенностей. Задний свод выбухает.

1. Диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Ваша тактика?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В гинекологическое отделение поступила пациентка 23 лет с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, гнойно-красные выделения из половых путей, частое мочеиспускание. Заболела остро во время очередной менструации. Женщина в браке не состоит. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39°C, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 110 ударов в 1 мин., гемоглобин 110 г/л, количество лейкоцитов 12,0 Г/л. Живот умеренно вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в ниж-

них отделах. При бимануальном исследовании определить матку и ее придатки не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц. Шеечный канал закрыт, бели гнойные с примесью крови.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Методы лечения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 34 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды - стационарное лечение по поводу воспаления придатков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракции, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены и укорочены. Больной назначен курс антибактериальной терапии - амоксиклав + метронидазол. СА-125-326 МЕ/мл. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи с чем произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота. Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности - кальцинаты, по брюшине - просовидные высыпания.

1. Диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Какое лечение следует назначить?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Во время профилактического осмотра у 36 летней женщины обнаружена опухоль левого яичника размером 9х8 см, подвижная, гладкая, плотноэластической консистенции. Матка нормальных размеров, в правильном положении, подвижная. Придатки матки справа не изменены. Параметральная клетчатка не инфильтрирована. В анамнезе один род и два аборта. Менструальный цикл не нарушен. Содержание СА-125 в сыворотке крови 20 ЕД/мл. HE 4- 21.8 пмоль/мл, индекс ROMA в пределах нормы.

1. Поставьте диагноз?
2. Какие опухоли яичников наиболее характерны в детородном возрасте?
3. Ваша тактика?
4. Возможный объем операции?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные, кровяные выделения. Наследственность неотягощена. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет в браке без предохранения. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные выделения. Общее состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размером 2х2 см. При влагалищном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови. Профилактика ВПЧ в виде прививки до начала половой жизни не выполнялась.

1. Диагноз?
2. Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз?
3. Методы лечения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 48 лет, поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение последнего года. Рост 155 см, вес 112 кг. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений. Из цервикального канала - значительные кровянистые выделения со сгустками. Бимануальное исследование: матка в правильном положении, несколько больше нормы, подвижна, безболезненна. Придатки не увеличены, область их безболезненна при пальпации. Параметрии свободные. ФСГ-20 МЕ/мл, ТТГ -6,8. Глюкоза натощак -7,8 ммоль/мл. УЗД органов малого таза- матка 6,6 на 5,8 на 5,0 см, имеются субсерозный узел 2,3 на 2,1 см, М-эхо 16 мм, неоднородное. Яичники не визуализируются, свободной жидкости нет.

1. Что может быть причиной кровотечения?
2. План обследования?
3. Диагноз заключительный и план лечения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические, кровяные выделения в течение года. Рост 160 см, вес 98 кг. Страдает инсулинзависимым сахарным диабетом в течение 4 лет, а так же артериальной гипертензией 3 (АД 170/100 мм рт.ст.). При гинекологическом обследовании обнаружено: кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистологического исследования: атипичная пролиферация эндометрия. Иммуногистохимия эндометрия - в работе.

1. Диагноз?
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 37 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе один род и два искусственных аборта без осложнений. Находится на диспансерном учете у терапевта по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, плотной консистенции, в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. СА-125- 32 МЕ/мл (норма), индекс Рома в пределах нормы. СА-72,4 - 25 ЕД/мл - повышен значительно.

1. Диагноз?
2. Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз?
3. Первичным очагом при метастатическом раке яичников может быть?
4. Тактика при раке Крукенберга?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 7 лет поступила в клинику с жалобами на кровянистые выделения из половых путей последних 4 дней. Общее состояние удовлетворительное, питание пониженное. Физическое развитие соответствует 10-летнему возрасту. Со стороны сердца и легких изменений нет. Пульс 82 уд/мин. АД - 90/70 мм рт.ст. Живот выпячен в нижнем отделе, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Наружные половые органы развиты правильно. Выделения из влагалища кровянистые, скудные. При ректальном исследовании - матка не увеличена, безболезненная. Справа от матки определяется образование размером 7х16х5 см, бугристое, ограниченно подвижное, малоболезненное. Слева придатки без особенностей. Эстрадиол, ингибин повышены значительно. СА-125, РЭА, альфафетопротеин, хорионический гонадотропин - норма.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.
3. Тактика ведения.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 15 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. Из анамнеза: состоит на учете по поводу хронического тонзиллита. Наследственность неотягощена. Менструации с 15 лет, нерегулярные, умеренные, безболезненные. Заболела 8 дней назад, когда после 2 месячного перерыва появились умеренные кровянистые выделения. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость и головокружение. Объективно: общее состояние средней тяжести, пульс - 100 в мин., АД - 95/50 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Специальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу, девственная плева не нарушена. Ректальное исследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Анализ крови - Нв - 65 г/л, Эр. - $2,7 \times 10$ в 12 степени/л.

1. Диагноз?
2. С какими заболеваниями надо дифференцировать?
3. Тактика ведения?
4. Рекомендации по дальнейшему ведению?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая 36 лет, 2 предыдущих родов закончились рождением крупных детей - 4000 г и 4100 г. Поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, которая началась 4 часа назад. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Отмечается значительное перерастяжение передней брюшной стенки и расхождение прямых мышц живота. Головка плода прижата ко входу в таз. Диаметр ее 12,5 см. Сердцебиение плода - 146 ударов/мин., лучше выслушивается со стороны частей живота. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена. Открытие 7 см. плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в таз. Справа и сзади определяется лобик, слева и спереди - подбородок, пальпируется носик, ротик. Лицевая линия в правом косом размере. Емкость таза достаточная.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильный дом поступила беременная срок 36 недель. Беременность протекала на фоне умеренной преэклампсии. АД 140/80, 145/90 мм рт.ст., в анализе мочи - следы белка, отеки нижних конечностей. В 29 недель беременности находилась на лечении в стационаре по поводу умеренной преэклампсии.

При поступлении предъявляет жалобы на кровянистые выделения и боли в животе. При ультразвуковом исследовании обнаружено: размеры плода соответствуют 35 неделям беременности. Плацента расположена по передней стенке матки, на 10 см выше внутреннего зева. В центральной части плаценты между ее базальной поверхностью и стенкой матки определяется эхогенный участок размером 3x4 см. Околоплодных вод умеренное количество. Сердцебиение плода аритмичное, 100 ударов/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади. Цервикальный канал закрыт. Выделения кровянистые.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнобеременная 32 лет поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью. В анамнезе 1 самопроизвольные роды и 2 искусственных аборта. После 2-го аборта было произведено повторное выскабливание матки. Проводилось лечение эндометрита. Родовая деятельность продолжалась 6 часов. Родилась живая девочка массой 3400 г, длиной 50 см, через 10 мин началось кровотечение из половых путей. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 30 лет поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки. Задержка менструации 2 месяца. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Выделения мажущие, кровянистые.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Что следует предпринять для уточнения диагноза
4. Дальнейшая тактика врача
5. Критические периоды беременности

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: Женщина наблюдается в женской консультации по поводу хронического аднексита. Дважды проводилось лечение в стационаре в связи с обострением заболевания. Менструальный цикл не нарушался. Менструации регулярные идут по 4-5 дней через 30 дней. Последняя менструация была 5 недель назад. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 92 уд. в мин. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Осложнения.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 54 лет обратилась к врачу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева, которые периодически беспокоят больную в течение 3 месяцев. Постменопауза 2 года. При двуручном исследовании выявлено: тело матки не увеличено, слева и кзади от матки определяется объемное образование 6 x 7 см в диаметре овоидной формы, тугоэластической консистенции, малоподвижное, чувствительное при пальпации. По данным ультразвукового исследования: слева от матки визуализируется гипозоженное многокамерное образование с перегородками размерами 6 x 7 см.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 20 лет поступила в отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, возникшие внезапно, после поднятия тяжести, слабость, тошноту. Из анамнеза: последняя менструация 2 недели назад. Менструации регулярные – по 4 дня через 30. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 110 уд. в мин., ритмичен. ЧД – 26 в мин. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. В левой подвздошной области выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Перитонеальные симптомы не определяются. В отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Прогноз. Рекомендации.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации.

1. Диагноз?
2. Тактика обследования и лечения?
3. Какой объем оперативного лечения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 x 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте больная перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После перенесенного заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечалась прибавка в весе на 23 кг, в течение последних 2 лет наблюдается избыточное оволосение над верхней губой и на внутренней поверхности бедер. Беременностей не было.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какая возможная причина заболевания?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборты. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием tuboovarianальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Методика подготовки к экстракорпоральному оплодотворению.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 12 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 11 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие.

1. Диагноз?
2. План лечения?
3. Рекомендации.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипэхогенных участков, особенно по задней стенке.

1. Диагноз?
2. Тактика обследования и лечения?
3. Какие дополнительные методы исследования можно использовать?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 22 лет обратилась с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, язык влажный. АД 120/75 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, не вздут, перитонеальных симптомов нет. Осмотр при помощи зеркал: шейка цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала скудные кровяные выделения. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Диагноз?
2. Тактика обследования и лечения?
3. Критические периоды беременности.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнобеременная, первородящая, 35 лет. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия. Околоплодные воды излились за 2 часа до поступления в родильный дом. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки – 39 см. Размеры таза 23-25-27-19 см. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена по центру малого таза, укорочена до 1,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.
3. Задачи пособия по Цовьянову I

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая, срок беременности 39/40 нед, доставлена в родильный дом с жалобами на яркие кровянистые выделения из половых путей. Состояние беременной средней тяжести АД 80/60 мм рт.ст., пульс 120 уд в мин. Объективно: матка мягкая, безболезненная при пальпации. Предлежат ягодички, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, 170 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки 1,0 см, цервикальный канал проходим для 1 поперечных пальца, за внутренним зевом определяется плацентарная ткань. Кровотечение усилилось.

1. Диагноз?
2. План ведения родов?
3. Какие ошибки были допущены в ходе ведения роженицы?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Первородящая, 25 лет. Беременность доношенная. Поступила в наблюдательный родильный дом с регулярными схватками в течение 2-х часов. ОЖ 98см, ВДМ 39см. В женской консультации на учете не состояла, не обследована. Размеры таза 22-25-28-17 см. Схватка через 3-5 минут по 30-40 секунд. Сердцебиение плода приглушено, 160 уд в мин. Головка прижата ко входу в малый таз. Определяется положительный признак Вастена. Мочевыделение затруднено. При влагалищном обследовании: раскрытие маточного зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный размер в левом косом размере, малый родничок под симфизом справа. Во время схватки края шейки матки свободные.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Перечислите признаки клинически узкого таза.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнобеременная, 30 лет поступила в родильный дом с регулярными схватками. Беременность доношенная. Женщина наблюдалась по беременности в женской консультации. Из анамнеза известно, что первые роды осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. Объективно: состояние удовлетворительное. ОЖ – 105см, ВДМ- 38см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. При влагалищном осмотре: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, аритмичное. Потуги начались 30 минут назад, слабые, короткие.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Какие ошибки были допущены в определении тактики ведения родов?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Повторнородящая, 45 лет, беременность 38 нед. На учете в женской консультации не состояла. Поступила в роддом в тяжелом состоянии: поведение беспокойное, АД 90/60 мм. рт.ст., пульс 100 уд в мин., слабого наполнения. Схватки отсутствуют. Жалуются на сильные боли в животе. Живот напряжен. Контуры матки и плод четко не определяются, сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, предлежит вколоченное плечико. Из матки умеренные кровянистые выделения.

1. Диагноз?
2. Врачебная тактика?
3. Возможные осложнения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Беременная 33 лет, поступила в отделение патологии беременности в плановом порядке, по направлению врача женской консультации, срок беременности 37 нед 2 дня. Настоящая беременность вторая. Из анамнеза: два года назад роды закончились экстренной операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Послеоперационный период осложнился эндометритом, получала соответствующую терапию.

Общее состояние при поступлении в родильный дом удовлетворительное. АД 120/70 мм рт.ст., пульс 86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При объективном осмотре: на брюшной стенке рубец после операции кесарева сечения, при пальпации слева над лоном – углубление в проекции шва. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.

1. Диагноз?
2. План обследования на отделении патологии беременности и план ведения родов.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

В родильный дом доставлена первородящая 22 лет с жалобами на регулярные схватки в течение 4-х часов и подтекание околоплодных вод в течение 3-х часов. Объективно: матка соответствует 28/29 нед беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: шейка матки смазана, раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Как проводится профилактика РДС-синдрома?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 53 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в низу живота, склонность к запорам. Постменопауза 4 года. Из анамнеза: Родов -3, аборт-4. Перенесла острый эндометрит после аборта. В течение 15 лет больная наблюдалась у гинеколога по поводу миомы матки. Периодически беспокоили межменструальные кровянистые выделения. Последний визит к врачу – 3 года назад. При двуручном исследовании определяется тело матки, увеличенное до 17-18 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей.

1. Диагноз?
2. План лечения?
3. Чем опасна данная ситуация?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

При профилактическом ультразвуковом исследовании у пациентки 39 лет выявлено: из анамнеза известно, что в течении последних 6 месяцев беспокоили незначительные межменструальные кровянистые выделения. Тело матки расположено срединно, не увеличено, с четкими, ровными контурами. М-эхо соответствует дню менструального цикла, правый яичник 21 x 19 x 16 мм, с фолликулами величиной 3-6 мм. Левый яичник представлен однокамерным гипохогенным образованием 35 x 38 мм, с утолщенной капсулой, по внутренней поверхности которой визуализируются единичные сосочковые разрастания величиной 4-7 мм.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипохогенных участков, особенно по задней стенке.

1. Диагноз?
2. Тактика обследования и лечения?
3. Показания к гормональной терапии в данном случае.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 30 лет жалуется на тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе больная перенесла резекцию левого яичника по поводу эндометриозной кисты. При двуручном исследовании выявлено: слева изади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5 x 6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое образование 5 x 6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Показания к гормональной терапии.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры. М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичник без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности. Менструации с 13 лет, нерегулярные, через 30-45 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе беременностей не было. При гинекологическом осмотре и ультразвуковом исследовании патологии не выявлено. По данным тестов функциональной диагностики - монофазный тип кривой (температура не превышает 36,4 - 36,8°C).

1. Диагноз?
2. Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 47 лет поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота, возникшие после поднятия тяжести. Последняя менструация 3 недели назад. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 мм. рт.ст., пульс 100 ударов/мин., ритмичен. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Осмотр затруднен из-за защитного напряжения мышц передней брюшной стенки. При двуручном исследовании: справа от матки объемное образование 12 x 14 см в диаметре, овоидной формы, малоподвижное, резко болезненное при исследовании. Из анамнеза известно, что пациентка наблюдается у гинеколога по поводу цистаденомы правого яичника.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на задержку менструации на 7 дней. Последняя менструация 5 недель назад. Тест на ХГ в домашних условиях положительный. При осмотре состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. При двуручном исследовании тело матки больше нормы, справа от матки пальпируется образование 3 x 4 см, слегка чувствительное, подвижное, овоидной формы, мягкоэластической консистенции. Своды свободные, глубокие. При трансвагинальной эхографии М-эхо толщиной 18 мм, плодное яйцо в полости матки не определяется.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 34 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, подъем температуры до 38,2°C, обильные выделения из влагалища с неприятным запахом. Последняя менструация 8 дней назад. Из анамнеза известно, что 10 лет назад пациентке был установлен ВМК. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, из цервикального канала исходят «нити» ВМК, отмечаются обильные гнойные выделения. При двуручном исследовании: тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягковатое, малоподвижное, болезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные. Своды свободные, глубокие.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 28 лет поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки, предобморочное состояние, головокружение, слабость. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад по данным ультразвукового обследования слева определялось гипозоженное образование размерами 7 на 8 см.

На момент поступления в стационар кожные покровы бледные, АД 90/65 мм рт.ст. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, вздут, болезненный в нижних отделах, особенно в левой подвздошной области. При перкуссии наблюдается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Последняя нормальная менструация 3 недели назад. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад у больной выявлена киста желтого тела левого яичника, по поводу которой она наблюдается у гинеколога.

1. Диагноз?

2. Тактика ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 48 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из половых путей. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 7 дней назад. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется округлое образование 1,5 x 2 см с гладкой поверхностью, багрово-цианотичной окраски на тонкой ножке. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, резко болезненное, плотное, с бугристой поверхностью.

1. Диагноз?

2. План ведения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 30 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38,0°C. Неделию назад пациентке был произведен медицинский аборт на сроке беременности 7 недель. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, малоподвижное, болезненное при пальпации, мягкой консистенции. Определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Придатки без особенностей. Своды свободные, глубокие.

1. Диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Возможные осложнения?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, сухость во рту, тошноту. Последняя менструация 3 недели назад. В течение 10 лет наблюдается у гинеколога по поводу множественной миомы матки. Заболела остро, когда после физической нагрузки внезапно возникли боли, недомогание. При осмотре тело матки увеличено до 12 недель беременности, из дна матки исходит округлое образование с четкими контурами, размерами 6 x 7 см, резко болезненное при исследовании.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Тактика ведения?

3. Дополнительные методы обследования.

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная 36 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 6 месяцев, усиление роста волос над верхней губой, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено. Произведено УЗИ, при котором обнаружено: тело матки размерами 42 x 25 x 21 мм, миометрий однородного строения, с четкими контурами. Левый яичник 24 x 21 x 16 мм с единичными фолликулами диаметром не более 5 мм. Правый яичник 46 x 42 x 30 мм, в структуре - округлое образование солидного строения, повышенной эхогенности 25 x 27 мм.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, гнойные выделения из половых путей. В анамнезе у больной хронический аднексит. Последняя менструация - 2 недели назад, после чего появились незначительные ноющие боли в низу живота, самостоятельно лечилась антибиотиками - с временным положительным эффектом. В течение последних суток самочувствие ухудшилось. При гинекологическом осмотре тело матки не увеличено, безболезненное, плотное, подвижное. Справа и слева от матки определяются объемные образования размерами 6 x 8 см, неподвижные, округлой формы, болезненные при пальпации.

1. Диагноз?

2. Тактика ведения?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

Больной 30 лет заболел 2 дня назад: озноб, температура 39°, схваткообразные боли в нижних отделах живота, многократный жидкий стул, на 2-е сутки - с примесью слизи и крови, появились ложные позывы. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,9°. Кожа без сыпи. Пульс 120 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Накануне заболевания пробовал немытые фрукты на рынке. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Больной 35 лет заболел 10 часов назад: резкая слабость, озноб, тошнота и повторная рвота, схваткообразные боли в верхних отделах живота, жидкий стул темно-зеленого цвета до 15 раз, болезненные судороги в кистях рук. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38°. Пульс 110 ударов в минуту удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный водянистый, цвета «болотной тины». Накануне заболевания употреблял в пищу кондитерские изделия с белковым кремом. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Больная 30 лет заболела 7 дней назад: недомогание, насморк, першение в горле, температура 37,5-38°, ломота в теле. За последние 3 дня на фоне снижения температуры до 37,0° заметила темную мочу и желтушность склер. Все дни болезни отмечала отсутствие аппетита, тупые боли в эпигастрии, тошноту, была однократная рвота. Сегодня отмечает улучшение самочувствия. О контактах с больными не знает, парентеральные вмешательства за последние полгода отрицает; работа связана с частыми командировками. При осмотре: состояние средней тяжести. Вялая. Выраженная жел-

тушность кожи и склер. Пульс 65 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Пальпируется увеличенная печень (+2,0 см), край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Женщина 40 лет, работает учителем в школе, где зарегистрированы множественные случаи острых респираторных заболеваний. Вызвала участкового терапевта на дом с жалобами на повышение температуры до 39,0°C, слабость, ломоту в мышцах и суставах, боль при движении глазных яблок, сухой кашель, чувство "царапанья" за грудиной, першение в горле, озноб, сильную головную боль в лобной области. Заболела остро вчера вечером. Температура тела с ознобом повысилась до 39,0°C, беспокоили сухой кашель и головная боль. К ночи появилась сильная слабость и ломота в мышцах. Приняла жаропонижающее на ночь, на утро самочувствие не улучшилось, вызвала врача. Объективный статус: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8°C. Сознание ясное. Инъекции геморрагической сыпи различной формы и размеров, сливные в области крупных суставов, некоторые с некрозом в центре. Пульс нитевидный, АД 80/40 мм рт.ст. Менингеальные знаки положительные. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 30 лет заболел остро: температура 40°, сильная головная боль, ломота в теле. Со второго дня болезни – сыпь на конечностях и теле, усиление головной боли, повторная рвота, судорожный приступ. При осмотре: состояние крайне тяжелое. Без сознания. Температура 36,0°. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На теле и конечностях – элементы геморрагической сыпи различной формы и размеров, сливные в области крупных суставов, некоторые с некрозом в центре. Пульс нитевидный, АД 80/40 мм рт.ст. Менингеальные знаки положительные. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 35 лет, трудовой мигрант из Таджикистана, работает на стройке. Заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, слабость, усталость, озноб, снижение аппетита, повысилась температура до 37,5°C. Отмечал нарушение сна, боли в мышцах, головную боль. Последние дни жидкий стул до 4 раз в сутки по типу «горохового супа», вздутие живота. Температура постепенно повышалась до 39,0°C, нарастала слабость, пропал аппетит, усиливалась головная боль. Самостоятельно принимал комбинированные препараты от «простуды» (колдрекс, терафлю), самочувствие улучшалось незначительно, температура снижалась кратковременно. Из анамнеза известно, что 10 дней назад вернулся из Таджикистана, где находился в течение месяца. Объективный статус: состояние средней тяжести. Температура тела 39,1°C. Больной бледен, заторможен. Кожные покровы горячие, сухие. На коже нижней трети грудной клетки единичные элементы розеолезной сыпи. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы в нижних отделах. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, утолщен, с отпечатками зубов по краям. Живот умеренно вздут, определяется урчание и укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области. Печень +2 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Мочеиспускание свободное. Стул до 3 раз по типу «горохового супа». **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Больная 42 лет, госпитализирована через 20 часов от начала болезни в крайне тяжелом состоянии. Заболела остро: частый жидкий стул, вскоре присоединилась рвота. Температура тела оставалась нормальной, болей в животе не было. Стул обильный, бесцветный, с комками слизи. Рвота многократная, без предварительной тошноты, «фонтаном». Появились судороги нижних конечностей, чувство недостатка воздуха, стеснения в груди. При осмотре: сознание спутанное, температура 35,2°. Афония. Кожа бледная, холодная на ощупь, липкий пот. Выражен акроцианоз. Черты лица заострены. Тургор кожи снижен. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Дыхание везикулярное. ЧД 36 в минуту. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, АД 40/20 мм рт.ст. Язык сухой, обложен густым черным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации урчание, шум плеска жидкости в мезогастрин. Печень и селезенка не увеличены. В течении последних 30 минут рвота и понос прекратились. Анурия. Накануне заболевания вернулась из Индии. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Больной 28 лет, последнюю неделю температура 38,0-38,5°, боли в горле при глотании, на 5-й день болезни потемнела моча. При осмотре: состояние средней тяжести. Желтушность склер. На коже туловища – не обильная макулопапулезная сыпь. Яркая отграниченная гиперемия миндалин и задней стенки глотки, в лакунах обеих миндалин рыхлые беловатые налеты. Пальпируются множественные безболезненные передние и заднешейные, подмышечные, паховые лимфоузлы, углочелюстные – увеличены до 1,5 см и болезненные при пальпации. Пульс 92 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см, пальпируется край селезенки. Известно, что пациент в течение последнего года имел большое количество незащищенных половых контактов. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Женщина 48 лет, продавец гипермаркета. Больна 3 дня: температура 38,0°, боли в горле при глотании. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Неяркая гиперемия глотки, отек слизистых, миндалин и язычка. Плотный пленчатый налет покрывает обе миндалины и переходит на переднюю дужку справа, при попытке снять шпателем возникает кровоточивость ткани. Углочелюстные лимфоузлы увеличены, умеренно болезненные, отека шеи нет. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательные. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 28 лет, заболел остро 07.07, когда появились головная боль, боли в мышцах и пояснице. Температура тела с ознобом повысилась до 38,9°C, была повторная рвота. На следующий день – носовое кровотечение. 08.07 больной госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое, температура тела 39,9°C, сознание затемнено. Гиперемия кожи лица и шеи. Резкая инъекция сосудов склер. На боковых поверхностях грудной клетки и верхних конечностях скудная петехиальная сыпь. Пульс – 112 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Язык обложен, суховат. В зеве гиперемия, энантема. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Увеличение печени и селезенки. Резко выражен симптом Пастернацкого. Стул кашицеобразный 1 раз в сутки. Мочился, мочи мало. Анализ мочи: цвет насыщенно-желтый, значительный осадок. Белок – 1,4 г/л; лейкоциты – 20-25 в поле зрения; эритроциты покрывают почти все поле зрения. Обнаружены гиалиновые цилиндры. Креатинин в сыворотке крови 138 мкмоль/л, мочевины 10,4 ммоль/л. Известно, что с 23.06 находился в Выборгском районе, строил дачу. Заметил следы пребывания мышей в доме. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Больной 40 лет болен 5 дней: все дни температура 39,0°, ломота в пояснице и во всем теле, головная боль. Моча темная, менее 500 мл/сутки. Последние 2 дня – тошнота, однократная рвота. При осмотре: состояние тяжелое. Заторможен. Желтушность кожи и склер, кровоизлияния в склеры, на плечах – петехиальная сыпь. Зев без воспалительных явлений, язык влажный, обложен сероватым налетом. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный; АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, ЧД 20 в минуту. Живот несколько вздут, мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастрии; печень +1,0 см, селезенка отчетливо не пальпируется. Постукивание по пояснице резко болезненно с обеих сторон. Умеренно выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Резко болезненная пальпация икроножных мышц. Из анамнеза известно, что 2 недели провел за городом, ночевал в палатке в лесу на берегу озера. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 45 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на дискомфорт в области правого подреберья, тошноту, слабость. В течение 5 лет наблюдается в поликлинике по поводу хронического вирусного гепатита С. Ухудшение самочувствия последние две недели: отмечает слабость, снижение работоспособности, периодический дискомфорт в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что 5 лет назад больной употреблял внутривенно наркотики. Ранее этиотропную терапию хронического вирусного гепатита С не получал. Объективный статус: температура тела 36,5°C, состояние удовлетворительное. Катаральных явлений нет. Кожные покровы обычной окраски без инфекционной сыпи. Слизистые оболочки ротоглотки влажные, чистые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, без хрипов. ЧД=18/мин, пульс 70 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена в размерах, плотноватой консистенции. Селезенка увеличена. Стул и диурез без нарушений. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. АЛТ – 90 ед/л, билирубин – 17 мкмоль/л. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Пациент 32 лет обратился к участковому врачу с жалобами на появление в области спины ярко-розового образования кольцевидной формы, диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером. Из анамнеза известно, что около 10 дней назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,7 °С. На коже спины, в области правой лопатки четко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета с просветлением в центре. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 30 лет, шахтер, 3 февраля получил травму в области левой кисти. 14 февраля ощутил неловкость при открывании рта и жевании. На следующий день не мог полностью открыть рот, появилась легкая боль в горле при глотании. На 3-й день болезни отметил тянущие боли в области шеи, кратковременные сжимающие боли в нижней части грудной клетки, в пояснице, потливость, с трудом и не полностью открывал рот. На 4-й день все симптомы усилились, обратился к стоматологу, направлен в инфекционное отделение. При поступлении: тризм, сардоническая улыбка, опистотонус, клонические судороги через 15-20 минут, довольно продолжительные, болезненные. Температура 39°. Бледен. Резкая потливость, тахикардия. Тоны сердца глухие. Все группы мышц ригидные. Стул и мочеиспускание не нарушены. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Пациент 45 лет, госпитализирован на 3-й день болезни с жалобами на слабость, головокружение, неотчетливое видение предметов, двоение в глазах, сухость во рту. Стул задержан. За 2 дня до заболевания ел копченую свинину домашнего приготовления. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Бледная. Температура 37,2°, пульс 68 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот вздут, метеоризм. Неврологическая симптоматика: зрачки расширены, на свет реагируют слабо; птоз правого века, горизонтальный нистагм, конвергенция нарушена. Глоточный рефлекс не нарушен. Парез мягкого неба справа. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 40 лет болен неделю: температура 38°, ломота в теле и суставах, отсутствие аппетита, тяжесть в эпигастрии, тошнота, вчера была рвота. На 5-ый день болезни заметил потемнение цвета мочи, на следующий день заметил желтушность склер. При осмотре: состояние средней тяжести. Желтушность кожи и склер. Пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, пальпируется эластичный чувствительный край печени (+ 2,0 см); селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. В анамнезе 4 месяца назад операция по поводу разрыва селезенки после травмы. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Женщина 55 лет, в прошлом донор. В течение 4-х лет в крови периодически выявляется HBsAg, самочувствие было хорошим. Последние полгода - слабость, утомляемость, носовые кровотечения. В течение 2 последних месяцев - отеки ног, что связывала с физической нагрузкой; за 3 недели до госпитализации - увеличение в размерах живота, одышка, уменьшение количества мочи (500 мл/сут.). Состояние средней тяжести. Краевая желтушность склер. «Сосудистые звездочки» и пальмарная эритема. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. ЧД 20 в минуту, дыхание ослаблено в нижних отделах, больше справа. Живот увеличен (98 см. в окружности), мягкий, безболезненный, перкуторно - притупление в боковых отделах, печень + 5,0 см, плотная, пальпируется селезенка. Пастозность голеней и стоп. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Пациентка 50 лет, в течение 8 лет отмечает слабость, вялость, носовые кровотечения, снижение аппетита, последние полгода - отеки на ногах; лежала в стационаре в связи с появлением асцита, постоянно принимает мочегонные. Повторная госпитализация в связи с быстрым нарастанием асцита и одышки, появлением желтухи. Объективно: состояние средней тяжести. Желтушность кожи и склер, «сосудистые звездочки» на коже живота, спины и нижних конечностей, пальмарная эритема. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Дыхание ослаблено в нижних отделах, больше справа, хрипов нет. ЧД 28 в минуту. Живот увеличен на счет асцита, пальпируется большая плотная бугристая печень, селезенка увеличена. Отеки голеней. АЛТ 60 Ед/л, билирубин 80 мкмоль/л, альбумины 32,0 г/л, γ-глобулины 28%, протромбиновый индекс 56 %, HCV Ab (+), α-фетопротеин 400 МЕ/мл (норма 0-15). *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 36 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, жидкий стул до 6 раз в сутки с примесью студенистой слизи, окрашенной кровью. Отмечает температуру до 38°, слабость, пониженный аппетит. Болен 3 месяца: сначала появился кашицеобразный стул, позже – жидкий, умеренная постоянная боль в животе. Через неделю все симптомы исчезли, но через 10-12 дней появились вновь. Ремиссии и обострения длились в среднем 2 недели, с каждым новым обострением стул учащался, общее состояние ухудшалось. Больной не лечился, к врачу не обращался. Ухудшение 2 недели, что вынудило больного обратиться к врачу. Известно, что в течение 2-х лет больной работал в Индии, откуда возвратился неделю назад. При осмотре: состояние средней тяжести. Вялый, адинамичный. Кожа бледная. Температура 38°. АД 100/65 мм рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Сигмовидная кишка плотная, болезненная. Пальпируется край печени, селезенка не увеличена. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Женщина 30-ти лет лечилась дома: в течение 5 дней температура 38-39°, слабость, кашель, боли и саднение за грудиной. В последующие дни на фоне температуры 37,2-38,5° сохранялась сильная слабость, беспокоили потливость, тяжесть в груди слева, кашель с небольшим количеством мокроты. При осмотре на 8-й день болезни: состояние средней тяжести. Склеры и кожа светлые, сыпи нет. Слизистые глотки розовые, чистые, миндалины без налетов. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, слева в нижних отделах – мелкопузырчатые влажные хрипы и притупление перкуторного звука. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 20 лет заболел 2 дня назад, когда появилась боль в горле при глотании с обеих сторон, повышение температуры тела до 39,5°. На второй день сохранялась высокая лихорадка, боли в горле усилились, стало трудно глотать, говорить. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 38,5°. Кожа без сыпи, склеры светлые. Яркая разлитая гиперемия миндалин, дужек, язычка. Миндалины увеличены, в лакунах с обеих сторон желтовато-белые рыхлые налеты, которые не выходят за пределы миндалин. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, эластичные, болезненные. Пульс 110 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Постукивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез без изменений. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 30 лет заболел вечером: озноб, температура 39,0°, сильная головная боль, затем рвота, не приносящая облегчения. К утру стал заторможенным. При осмотре: состояние тяжелое, сопор. Держится руками за голову, стонет. Гиперестезия, светобоязнь. Температура 39,5°. Кожа без сыпи, склеры светлые. Тоны сердца ясные чистые, Пульс 130 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненно. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительны. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 20 лет болен 2 недели: все дни t° 38,5-40,1°, ознобы и поты, головная боль, ломота в мышцах и суставах. При осмотре: кожа бледная, сыпи нет; имеются отек и гиперемия в области большого пальца правой стопы, на подошвенной поверхности имеется рана с гнойным отделяемым. Пульс 120 в минуту, АД 100/60. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в точке Боткина; дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, пальпируется селезенка. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны. Известно, что работает на стройке, несколько раз случались проколы обуви, сопровождавшиеся ранами стоп. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

Задача

Мужчина 33 лет обратился к врачу на 3 день болезни. Заболел 10.08, когда появились озноб, головная боль, повышение температуры до 38,5°C. Мужчину 33 лет беспокоит жаропонижающие. На следующий день самочувствие улучшилось температура нормализовалась. 12.08 снова отмечал озноб, тошнота. Принимал жаропонижающие. На следующий день самочувствие улучшилось температура нормализовалась. 14.08 – повышение температуры тела до 39,6°C, затем чувство жара, через несколько часов – обильный пот, температура снизилась до нормальной. 14.08 – вновь лихорадочный приступ. Известно, что неделю назад пациент прибыл из Индии. При осмотре: состояние средней тяжести. t° 36,5 °C. Кожа бледная, влажная на ощупь. Зев без воспалительных явлений. Живот мягкий безболезненный. Правая доля печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, увеличена селезенка. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 35 лет, работник овощной базы, обратился к врачу на 5-й день болезни с жалобами на температуру до 38-39°, ломоту в теле, умеренные боли в горле при глотании; вчера заметил темную мочу. С первого дня болезни отмечает жидкий стул 1-2 раза в сутки, волнообразные боли и урчание в животе. При осмотре выявлена гиперемия неба и задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, печень выступает из-под реберной дуги на 1,0 см. Селезенка не пальпируется. Постукивание по поясице безболезненно. Лабораторные данные: лейкоциты-12.0x10(9)/л, п-15%, с-65%, л-20%, м-10%, СОЭ 13 мм/час; АЛТ 300 Ед/л, общий билирубин 60 мкмоль/л. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 30 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры, слабость, головную боль. Заболел остро: ломота в мышцах, головная боль, лихорадка 38,0 – 39,0° с ознобом в течение недели. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 38,0°C. Кожные покровы обычной окраски. В области правой кисти язва диаметром 5 мм, покрытая темной коркой. В правой подмышечной области пальпируется конгломерат лимфатических узлов размером до 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительный при пальпации. Пульс 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см. Увеличена селезенка по данным перкуссии. Менингеальные симптомы отрицательные. Накануне заболевания был в отпуске, занимался охотой и рыбалкой. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

В приемное отделение инфекционной больницы доставлена пациентка 42 лет. Жалуется на температуру 39,3°, сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящие боли во всем теле. Заболела накануне вечером: беспокоило недомогание, к концу рабочего дня в области правой кисти заметила красное болезненное и зудящее пятно. На следующий день резкое ухудшение самочувствия, повышение температуры. При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2 мм, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Область язвы при пальпации болезненна. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Известно, что больная в течение 10 лет работает сортировщицей шерсти. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 32 лет, геолог по профессии, заболел остро: озноб, температура 40,0°, головная боль, рвота. На 3-й день болезни сохраняется лихорадка, больной беспокоен, речь невнятная, одышка. Пульс 110 ударов в минуту. Язык обложен густым белым налетом, "меловой". На коже правой голени резко болезненная язва 2,0x3,0 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг, из-под струпа – скудные гнойно-серозные выделения. В паховой области резкая болезненность на месте увеличенного до размера 3,0x4,0 см лимфатического узла, кожа над ним гиперемизирована. Из анамнеза известно, что в течение 2-х месяцев, предшествующих заболеванию, находился в астраханских степях. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Женщина 35 лет, поступила в стационар на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, мышечные боли, рвоту, светобоязнь, температуру 39°. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,5°. Пульс – 120 ударов в минуту, АД - 140/85 мм рт.ст. Отмечаются ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с обеих сторон. Произведена люмбальная пункция: ликвор прозрачный, вытек под повышенным давлением. Цитоз 200 клеток в 1 мкл, из них – 88 % лимфоцитов. 12 % нейтрофилов; белок - 1,3 г/л, глюкоза - 2,8 ммоль/л. Известно, что за 2 недели до заболевания была на даче в Ленинградской области, несколько раз снимала с себя присосавшихся клещей, к врачу не обращалась. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Мужчина 28 лет обратился к инфекционисту поликлиники по месту жительства. После посещения леса 4 дня назад снял с себя клеща и сдал на исследование. Самочувствие не изменено, состояние удовлетворительное, в месте присасывания клеща на шее справа – мелкая корочка. При исследовании удаленного клеща выявлена его инфицированность вирусом клещевого энцефалита. **Тактика врача.**

Задача

Женщина 32 лет обратилась к инфекционисту поликлиники по месту жительства. После загородной прогулки 5 дней назад сняла с себя клеща и сдала на исследование. Самочувствие не изменено, состояние удовлетворительное, в месте присасывания клеща в левой подлопаточной области мелкая корочка. При исследовании удаленного клеща выявлена его инфицированность боррелиями. **Тактика врача.**

Задача

В травмпункт обратилась женщина 35 лет, укушенная в правую ногу (одиночный неглубокий укус в области голеностопного сустава) неизвестной собакой. Случай бешенства на данной территории регистрировался 5 лет назад. **Тактика врача.**

Задача

Дачник наступил босой ногой на ржавый гвоздь. Через несколько часов – нарастающая боль и выраженный отек в месте прокола на стопе; обратился в травмпункт. Пациенту 36 лет, в прошлом вакцинирован соответственно календарю прививок. **Диагноз. Лечение.**

Профилактика столбняка.

Задача

Мужчина 29 лет обратился к дерматологу в связи с появлением темных пятен на коже, которые начали появляться 4 месяца тому назад. Объективно: на лице, туловище, конечностях немногочисленные темно-красные с синюшным оттенком пятна размером от 0,4 до 0,8 см. Некоторые элементы выступают над поверхностью кожи. Подобные образования имеются на слизистой рта и нижней губы. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Пальпируются мелкие лимфатические узлы: подмышечные, надключичные, шейные. Поставлен диагноз «саркома Капоши». **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

Женщина 47 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38°C, жидкий стул. Заболела 2 недели назад, когда повысилась температура до 38,7°C, появился сухой редкий кашель. Врач поликлиники диагностировал грипп, бронхит и назначил амоксицилин. На фоне лечения состояние больной продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38°C, кашель стал частым, появилась одышка. На 12 день болезни больной сделана рентгенография грудной клетки, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние больной направлено в стационар. Из анамнеза – последние полгода периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39°C. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Кахексия. Выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное, с усилием. Пальпируется подмышечный лимфоузел справа, безболезненный. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы. ЧДД – 38 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осматриван – жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено. **Диагноз. Обследование. Лечение.**

Задача

У студента из общежития с утра озноб, температура до 38,5°C, головная боль, ломота в теле, небольшой сухой кашель. При осмотре: кожа без сыпи, зернистость задней стенки глотки. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, постукивание по поясице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательные. Сосед по комнате,

накануне посетивший научную конференцию, проходившую в китайском городе Ухань, находится на лечении с диагнозом «Основной: Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, среднетяжелое течение. Осложнение: Пневмония». В комнате живут еще два человека, которые в настоящее время чувствуют себя здоровыми. *Тактика врача. Рекомендации по лечению и профилактике.*

Задача

Женщина 35 лет, работник гипермаркета. Вызвала участкового терапевта на дом с жалобами на повышение температуры до 39,0°C, сильную слабость, ломоту в мышцах и суставах, частый сухой кашель, першение в горле, озноб, головную боль в лобной области, боли в грудной клетке при дыхании и кашле, чувство нехватки воздуха. Утратилось обоняние, снизилась вкусовая чувствительность. Заболела остро вчера вечером. Температура тела с ознобом повысилась до 39,0°C, беспокоили сухой кашель и головная боль. К ночи появилась сильная слабость и ломота в мышцах. Приступы жаропонижающего на ночь, на утро самочувствие с ухудшением, вызвала врача. Объективный статус: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8°C. Сознание ясное. Инфекция сосудов склер. Кожные покровы горячие, сухие, чистые. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 100 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст., ЧД=26/мин. В легких дыхание ослаблено, отчетливо хрипов не слышно. Язык влажный, чистый. Живот свободно доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно. Мочепуспускание не нарушено. Стул оформленный. *Диагноз. Обследование. Лечение.*

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ФТИЗИАТРИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Женщина 36 лет, по профессии – парикмахер, отмечает ухудшение самочувствия с февраля 2018 года, когда после перенесенного ОРВИ в течение двух месяцев беспокоили слабость, потливость, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна. Наблюдалось повышение t до 37,2–37,5°C, снижение массы тела на 2 кг. С этими жалобами больная обратилась к терапевту в апреле 2018 г. При объективном обследовании патологии не выявлено. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу с диагнозом «Тиреотоксикоз?», но эндокринной патологии не выявлено. В конце мая 2018 г. появились боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Больная вновь обратилась к терапевту.

При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде бледности, потливости, снижения массы тела. Над легкими – справа в верхних отделах – небольшое укорочение перкуторного звука. Здесь же выслушиваются ослабленное дыхание и единичные влажные хрипы непостоянного характера. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Со стороны других органов – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–111 г/л, Эр–4,0x10¹²/л, Лейк.–6,0x10⁹/л, П–8%, С–54%, Э–1%, М–9%, Л–28%, СОЭ–22 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Флюорография 28/V 2018г.: В верхней доле правого легкого определяется участок инфильтрации округлой формы с нечеткими контурами, диаметром около 3 см, неоднородной структуры. Вокруг инфильтрата несколько очагов размерами 0,3–0,6 см.

Предыдущая ФГ 15/II 2016 – без патологии.

Р-Манту 22.05.2018г – р.12 мм, ДСТ – р.15 мм

Микроскопия мокроты – КУМ не обнаружены.

Больная направлена в терапевтический стационар с диагнозом: «Пневмония».

Поставьте предварительный диагноз. Какие методы этиологической диагностики необходимо назначить? С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика? Оцените тактику терапевта, какие ошибки им допущены? Назначьте лечение, какова его длительность? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи/

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной – мужчина 40 лет, профессия – сотрудник полиции.

В анамнезе – язвенная болезнь желудка с 2010 г., курит в течение 15 лет. Последние 5 лет часто беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой.

Ухудшение самочувствия с осени 2018 г. – слабость, утомляемость, усиление кашля, появление прожилок крови в мокроте. Обратился к терапевту в ноябре 2018 г., лечился с диагнозом «хронический бронхит». В январе 2019 г. – усиление слабости, подъемы температуры до 38°C, кашель. Похудел за последние 6 месяцев на 4,5 кг. Лечился в поликлинике с диагнозами: «ОРВИ», «Язвенная болезнь желудка». Патология легких выявлена при очередном ФГ – обследовании по месту работы в феврале 2019 года. Предыдущая ФГ в декабре 2017 г – норма.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Умеренно выражены симптомы интоксикации – бледность, похудание, избыточная потливость.

Грудная клетка эмфизематозная. ЧД = 28 в 1 минуту. Над верхней долей правого легкого укорочение перкуторного звука, там же выслушивается жесткое дыхание, немногочисленные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум в области верхушки. ЧСС – 100 в 1 минуту.

Клинический анализ крови: Hb–110 г/л, Эр–3,9x10¹², Лейк.–10,0x10⁹, П–12%, С–53%, Э–1%, М–10%, Л–25%, СОЭ–25 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

R-Манту с 2 ТЕ – р 10 мм, ДСТ – р. 8 мм

МСКТ органов грудной клетки: В верхней доле правого легкого участок сливной инфильтрации и очагов различного размера и интенсивности. В центре инфильтрата – полость неправильно-округлой формы диаметром 2,5 см. В S₄₋₅ правого и левого легких группы очагов размерами 5–10 мм.

Анализ мокроты: обнаружены кислотоупорные палочки методом бактериоскопии, методом ПЦР – обнаружены ДНК МБТ.

Поставьте предварительный диагноз, назначьте дообследование. Относился ли данный больной к «группам риска» по туберкулезу? Оцените тактику ведения больного. С какими заболеваниями необходим дифференциальный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? При установлении правильного диагноза какой будет продолжительность основного курса лечения? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи/

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

В приемный покой терапевтического отделения доставлен мужчина 26 лет с диагнозом: «Острая правосторонняя крупозная пневмония». Профессия – учитель в школе.

Из анамнеза известно, что заболевание началось остро 4 дня назад после переохлаждения. Отмечалось повышение температуры до 39°C, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой с прожилками крови. Больной страдает сахарным диабетом с 2014 года, в течение 5 лет. Последние 3 месяца отмечал нарастание слабости, снижение аппетита, похудание, что расценивал как ухудшение в течении сахарного диабета. В прошлом году имел туберкулезный контакт с родственником. Превентивное лечение не назначалось.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Истощен. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз. Одышка – ЧД=40 в 1 минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Укорочение перкуторного звука над верхней долей правого легкого. Там же выслушивается бронхиальное дыхание, множественные мелко- и среднепузырчатые хрипы. ЧСС=120 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–95 г/л, Эр–3,8x10¹², Лейк.–18,0x10⁹, П–17%, С–67%, Э–1%, М–7%, Л–8%, СОЭ–45 мм/ч.

Сахар крови натощак: 15 мм/л

Общий анализ мочи: уд.вес.1030, лейкоциты 5–8 в п/зр., эритроциты 4–5 в п/зр., белок 1,5 г/л, сахар (+), ацетон (+), гиалиновые цилиндры 3–4 в п/зр

R-Манту с 2 ТЕ – отрицательная, ДСТ – отрицательный результат

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: В верхней и средней долях правого легкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних долях обоих легких.

Поставьте предварительный диагноз и назначьте срочное дополнительное обследование в приемном покое. Оцените тактику ведения больного, относился ли он к группе риска по заболеванию туберкулезом. С какими заболеваниями требуется дифференциальная диагностика. Назовите возможные осложнения заболевания. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной М., 46 лет, по профессии – строитель, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C.

Анамнез: В течение трех месяцев, с марта 2018 года отмечал повышенную утомляемость, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения на работе: появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура.

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД 32 в минуту. Пульс 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого легкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–120 г/л, Эр– $4.8 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты– $5.0 \times 10^9/л$, П–8%, С–66%, Э–1%, М–7%, Л–18%, СОЭ–35 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии

R-Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм, ДСТ – папула 13 мм

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: Отмечается гомогенное затемнение нижних отделов левого легочного поля. Затемнение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь на уровне IV ребра. Интенсивность тени возрастает сверху вниз.

Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. Какое дополнительное обследование необходимо провести? С какими заболеваниями требуется дифференциальная диагностика. Какова тактика лечения и прогноз заболевания? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

У молодого человека Д., 18 лет, без определенных занятий, выявлена патология при прохождении медицинской комиссии в военкомате весной 2018 года.

Анамнез: Пациент из плохих материально-бытовых условий, живет с матерью в коммунальной квартире, сосед ведет асоциальный образ жизни. В дошкольном возрасте имел периодический контакт с дядей больным туберкулезом. В противотуберкулезном диспансере не наблюдался, химиопрофилактика не проводилась. В течение последних трех месяцев беспокоила слабость, сонливость, повышенная потливость, утомляемость, по поводу которых Д. к врачу не обращался. Кашля не было.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Симптомы интоксикации выражены умеренно в виде бледности, пониженной массы тела. Периферические лимфоузлы пальпируются в трех группах, размерами с горошину, безболезненны. При пальпации определяется болезненность и ригидность мышц левого надплечья. Над легкими – ясный легочный звук, дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. По остальным органам – без патологии.

Клинический анализ крови: Hb–134 г/л, Лейк– $4.3 \times 10^9/л$, Э–2%, П–1%, С–42%, Л–51%, М–10%, СОЭ–17 мм/ч.

Общий анализ мочи – без патологии.

Промывные воды бронхов: Методом флотации и посева МБТ (–).

МСКТ органов грудной полости: В S1–S2 левого легкого определяется группа очаговых теней малой интенсивности диаметром от 4 до 10 мм.

Фибробронхоскопия – без патологии.

Оцените объем и качество мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Под маской каких заболеваний протекает эта форма туберкулеза. Относился ли данный пациент группе риска по туберкулезу? Назначьте лечение, каков прогноз при своевременно и несвоевременно начатом лечении? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

У больной Т., 25 лет, патология выявлена при флюорографическом исследовании, в связи с устройством на работу в январе 2019 года. В анамнезе: Вакцинирована БЦЖ в родильном доме, рубчик 5 мм. В детстве в течение двух лет имела туберкулезный контакт с матерью, которая умерла от диссеминированной формы туберкулеза, когда девочке было 7 лет. Наблюдалась в противотуберкулезном диспансере в течение года, проведен один курс химиопрофилактики изониазидом в течение 3-х месяцев.

Два года назад перенесла бронхо-легочное заболевание, с длительным повышением температуры до субфебрильных цифр, беспокоил кашель без мокроты в течение четырех месяцев. По этому поводу пациентка обращалась в поликлинику, где был поставлен диагноз «затяжной бронхит». Рентгенологическое обследование не проводилось.

Данные осмотра: Жалобы отсутствуют. Женщина пониженного питания – масса тела 46 кг, при росте 164 см. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы пальпируются в 4 группах, плотно-эластической консистенции, не спаяны, безболезненны. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме в верхних отделах. Перкуторно определяется укорочение звука слева над остью лопатки. Дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей. Температура тела нормальная.

Клинический анализ крови: Hb–110 г/л, Эр– $3.5 \times 10^{12}/л$, Лейк– $6.5 \times 10^9/л$, П–1%, Э–1%, С–52%, Л–41%, М–5%, СОЭ–17 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

МСКТ органов грудной полости: В S1–S2 левого легкого на фоне фиброза определяется округлой формы плотный, четко очерченный фокус размерами 2,5х1,5 см, пронизанный тяжами, вокруг – единичные мелкие плотные очаги, часть из них с отложениями солей кальция. В бронхопульмональной группе внутригрудных лимфатических узлов левого легкого определяются включения кальция.

МБТ методом микроскопии – не обнаружены.

Фибробронхоскопия: Рубцовые изменения слизистой оболочки бронха второго сегмента слева.

R-Манту 2 ТЕ – р 13 мм, ДСТ – р 5 мм

Сформулируйте клинический диагноз. Какие ошибки допущены в ведении больной? Проведите дифференциальный диагноз с «округлыми образованиями» другой этиологии. Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная М., 20 лет, поступила для обследования в туберкулезное хирургическое отделение 20.05.2019 года.

Анамнез: В возрасте 11 лет имела кратковременный контакт с дядей больным туберкулезом, вернувшимся из мест лишения свободы. Первые симптомы заболевания появились 2 года назад, когда после перенесенного простудного заболевания длительно сохранялась субфебрильная температура. Последние 6 месяцев беспокоит покашливание, потеряла в массе тела 11 кг. Состояние резко ухудшилось после переохлаждения, повысилась температура до 38,5°, появился кашель с мокротой, одышка. Госпитализирована в стационар с диагнозом «Острая пневмония». Лечение неспецифическими антибиотиками в течение месяца без эффекта. Состояние ухудшилось, появилось кровохарканье. Больная была переведена в ноябре 2017 года в туберкулезное отделение, где находилась 18 месяцев с диагнозом: «Двусторонний инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения, МБТ (+).

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Над- и подключичные ямки западают. Укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон. В нижних отделах перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание в верхних отделах легких жесткое, в нижних – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Со стороны других органов – без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–120 г/л, Эр– $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк.– $6,0 \times 10^9$ /л, П–2%, С–58%, Э–3%, М–10%, Л–27%, СОЭ–12 мм/ч.
Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: Верхние доли обоих легких уменьшены в объеме, пронизаны фиброзными тяжами, воздушность их снижена. Справа имеется щелевидная полость. Корни подтянуты вверх. Нижние отделы легких эмфизематозные.
МБТ методом микроскопии и посева – не обнаружены. ПЦР ДНК МБТ – отрицательный результат.
ФБС – рубцовый стеноз III степени бронха второго сегмента справа.

Какие ошибки допущены в ведении больной? Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие осложнения характерны для данной формы туберкулеза? Какова дальнейшая тактика лечения и наблюдения больной? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 50 лет по профессии электрик, поступил в стационар 12.03.2018 года с жалобами на слабость, утомляемость, кашель с единичными плевыми мокротами.

Анамнез: Условия жизни неблагоприятные – проживает в многонаселенном общежитии, семьи нет. Пациент злоупотребляет алкоголем, длительное время курит, последние 3 года его беспокоит частый приступообразный кашель, одышка при физической нагрузке. Поводом для обращения к врачу стало кровохарканье.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Температура $37,5^{\circ}\text{C}$, при глубоком вдохе боль под углом правой лопатки. Перкуторно справа в подлопаточной области укорочение звука, там же выслушиваются скудные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Частота дыханий 24 в минуту. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–105 г/л, Эр– $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк.– $10,0 \times 10^9$ /л, П–10%, С–54%, Э–3%, М–10%, Л–23%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии

МСКТ органов грудной полости: В S₆ правого легкого определяется полость 3×3 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. Ширина стенок полости до 6 мм, жидкости в ней не обнаруживается. Вблизи полости единичные очаги средней интенсивности. В остальных отделах легких очаговые и инфильтративные изменения отсутствуют.

Методом GeneXpert MTB/RIF – в мокроте обнаружены ДНК МБТ, устойчивых к рифампицину.

ФБС – локальное утолщение и гиперемия слизистой оболочки бронха шестого сегмента справа, сужение и деформация его просвета.

Через 4 месяца лечения противотуберкулезными препаратами: большой жалоб не предъявляет. Рентгенологически диаметр кольцевидной тени не изменился, но ширина стенок уменьшилась до 3 мм, очаги уменьшились и уплотнились.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Перечислите признаки каверны, обнаруживаемые при физикальном обследовании больного. Каковы особенности лечения этого больного? С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 40 лет поступил 15.02.2018 г. в стационар с жалобами на кашель с мокротой, кровохарканье, одышку, подъемы температуры до фебрильных цифр, обильное потоотделение.

Анамнез: Пациент проживает в коммунальной квартире, одинокий, употребляет алкоголь, в течение двух лет находился в местах лишения свободы. Через полгода после освобождения в декабре 2017 года был выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада. Длительность основного курса составляла 4 месяца с клиническим улучшением, после чего пациент самовольно покинул стационар, не лечился и не наблюдался в диспансере. Повторная госпитализация через год с ухудшением самочувствия.

Данные осмотра: Состояние средней тяжести. Больной бледен, истощен, определяется акроцианоз. У пациента впалая грудь, дряблая мускулатура, выглядит старше своих лет. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, в верхних ее отделах сужены межреберные промежутки. Над верхними отделами грудной клетки справа определяется укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, сухие и влажные среднебуллызные хрипы.

Клинический анализ крови: Нб–95 г/л, Эр– $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк.– $9,5 \times 10^9$ /л, П–12%, С–61%, Э–2%, М–7%, Л–18%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: Уд. вес 1018, сахар – нет, белок – следы, лейкоциты 10–12 в п/зр., эритроциты 4–5 в п/зр..

Рентгено-томографическое исследование: Уменьшение в объеме верхней доли правого легкого, смещение органов средостения вправо. В S₁₋₂ правого легкого определяется кольцевидная тень неправильной формы размерами 4×3 см с четкими внутренними и наружными контурами, шириной стенок до 7 мм. В средних отделах левого легкого определяются очаги различной величины и интенсивности.

Проба Манту – папула 8 мм, ДСТ – р 4 мм

Методом ПЦР в мокроте обнаружены МБТ, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину.

ФБС – инфильтрат с гиперемией слизистой оболочки правого верхнедолевого бронха.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Какие причины привели к развитию у больного данной формы туберкулеза легких? Какие осложнения туберкулезного процесса имеются у больного? С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики при кавернозном туберкулезе. По какому режиму химиотерапии должно проводиться лечение пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 37 лет поступил 18.04.2019 года в терапевтический стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, снижение аппетита, общую слабость.

Анамнез: Заболел в августе 2018 года, когда стали беспокоить боли в грудной клетке, подъемы температуры до 39°C . При рентгенологическом исследовании выявлен левосторонний экссудативный плеврит. При плевральной пункции удалено 1,5 литра жидкости соломенно-желтого цвета. После проведения неспецифического лечения больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев у больного появились общая слабость, недомогание, похудание на 5 кг. Госпитализирован для обследования.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Питание снижено, бледен. Температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца чистые. Пульс 84 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Укорочения перкуторного тона нет. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Клинический анализ крови: СОЭ – 31 мм/час, в остальном без изменений.

Анализ мокроты: методом бактериоскопии отрицательный, методом GeneXpert MTB/RIF выявлены ДНК МБТ, чувствительные к рифампицину.

Рентгенограмма грудной клетки: В обоих легких симметрично, преимущественно в верхних и средних отделах на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные очаговые тени, которые на отдельных участках сливаются между собой.

После лечения противотуберкулезными препаратами отмечена положительная рентгенологическая динамика, значительное рассасывание очагов в обоих легких. Исчезли симптомы туберкулезной интоксикации.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики? Какие факты из анамнеза жизни больного необходимо уточнить? Определите дальнейшую тактику лечения, наблюдения? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная 18 лет поступила в стационар в 18 ноября 2018 года с жалобами на резкую слабость, повышение температуры до 38°C , небольшой кашель без мокроты, боли в области мелких суставов.

Анамнез: Больная в течение месяца: постепенно усиливающаяся слабость, утомляемость, снижение массы тела. Резкое ухудшение самочувствия в течение последних двух дней. Туберкулезный контакт не установлен. Известно, что в парадной дома, где проживает девушка, собирались наркоманы. За 6 месяцев до заболевания при обследовании в колледже поставлена проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. Предыдущая проба Манту, поставленная год назад, была отрицательной.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Частота пульса 100 ударов в 1 мин. На передней поверхности голени – узловая эритема. Суставы внешне не изменены. Периферические лимфоузлы пальпируются в 7 группах, эластической консистенции.

ции, размерами до 2 см. Перкуторно притупление в парастернальной зоне с двух сторон. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Остальные данные – без особенностей.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 25 мм/час, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без особенностей.

МСКТ органов грудной клетки: Выявлено значительное увеличение по опухолевому типу внутригрудных лимфоузлов паратрахеальной и трахеобронхиальной групп. Менее выраженное увеличение внутригрудных лимфатических бронхоплевральных групп.

С предварительным диагнозом «Лимфогранулематоз» переведена в онкологическое отделение, где выполнена биопсия периферического лимфоузла (надключичного).

Результат гистологического исследования – в ткани лимфоузла определяются гранулемы, состоящие из эпителиоидных клеток, гигантских многоядерных клеток Лангханса и лимфоцитов, с казеозным некрозом в центре.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики? Какие ошибки допущены при ведении пациентки? Каковы особенности патогенеза заболевания в данном случае? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Женщина 29 лет, по профессии продавец магазина продовольственных товаров, поступила 23.05.2018 года в терапевтический стационар с жалобами на повышение температуры до $38^{\circ}C$, боли в суставах, появление плотных багрово-синюшных пятен на голенях.

Анамнез: В возрасте 7 лет пациентка наблюдалась в противотуберкулезном диспансере с диагнозом «выраженный туберкулезный процесс», получила курс химиопрофилактики изониазидом. В дальнейшем считала себя практически здоровой. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Настоящее заболевание началось остро, три дня назад, с повышения температуры до $39^{\circ}C$, появления болей в грудной клетке и суставах, сухого кашля, багровых пятен на голенях.

Данные осмотра: Состояние больной средней степени тяжести. Масса тела несколько выше нормы. На коже голеней – узловатая эритема. Периферические лимфатические узлы увеличены до размера 2-2,5 см, в надключичных, шейных, подмышечных, локтевых и паховых группах плотной эластической консистенции, подвижны, безболезненны. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Перкуторно над легкими определяется симметричное укорочение звука в парастернальной зоне и в межлопаточном пространстве с двух сторон. Аускультативная картина легких – в норме. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 40 мм/час, лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–5%, С–69%, Э–2%, М–6%, Л–18%.

Анализ мочи – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная. ДСТ – отрицательный результат.

В промывных водах бронхов ДНК МБТ методом ПЦР не обнаружены.

МСКТ органов грудной клетки: Увеличены внутригрудные лимфоузлы всех групп с обеих сторон по опухолевому типу.

Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики? Какие симптомы заболевания входят в синдром Леффлера? Опишите гистологическую картину, позволяющую подтвердить данный диагноз. Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная 42 лет поступила 12.03.2018 года на обследование с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру, периодически появление мочи, окрашенной кровью.

Анамнез: Считает себя больной около двух лет, когда стали беспокоить боли в поясничной области, дизурические явления. Лечилась у терапевта, а затем у уролога с диагнозом «пиелонефрит», получила несколько курсов уросептиков и антибиотиков широкого спектра действия, однако улучшения не отмечалось. В детстве имела контакт с родственником больным туберкулезом, часто болела простудными заболеваниями, фтизиатром не наблюдалась.

Данные осмотра: Состояние больной удовлетворительное. Симптомы интоксикации явно не выражены, но пациентка астенического телосложения, пониженного питания (с детства). Пульс 72 в 1 мин., ритмичен. АД 150/90 мм рт. ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторная и аускультативная картина легких – в норме. Болезненно поколачивание по поясничной области справа. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 20 мм/час, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–10%, С–54%, Э–2%, М–6%, Л–28%.

Анализ мочи – мутная, белок 0,33 г/л, сахар – нет, удельный вес 1010, лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 15 в поле зрения.

Проба Манту с 2 ТЕ – р.15 мм, ДСТ – р.14 мм

МСКТ органов грудной клетки: В легочной ткани без очаговых и инфильтративных изменений. Во внутригрудных лимфатических узлах трахеобронхиальной группы справа, бронхоплевральной группы слева выявлены отложения кальция.

Какой диагноз можно предположить? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Оцените тактику ведения пациентки. Охарактеризуйте изменения со стороны анализов крови и мочи. В чем состоят основные принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 35 лет, по профессии охранник в школе, поступил в стационар 25.07.2018 года с жалобами на резкую слабость, утомляемость, подъемы температуры до фебрильных цифр, похудание, кашель с мокротой.

В анамнезе профессиональный контакт с асоциальными лицами в исправительно-трудовом учреждении, химиопрофилактику не получал. Шесть месяцев назад пережил стрессовую ситуацию. Ухудшение состояния постепенное: отмечалось нарастание слабости, жажда, кожный зуд. Позже появился кашель с мокротой, повышение температуры. В поликлинике получал симптоматическую и антибактериальную терапию с диагнозом «бронхит» в течение месяца, при этом состояние продолжало ухудшаться.

Данные осмотра: Состояние больного тяжелое, лихорадка с колебанием суточной температуры $37-40^{\circ}C$, кашель с большим количеством гнойной мокроты. Частота дыханий 35 в минуту. Частота пульса 120 в минуту. Над верхней долей левого легкого – укорочение перкуторного звука. Выслушивается большое количество разнокалиберных влажных хрипов на фоне бронхиального дыхания. Пальпируется край печени, безболезненный эластической консистенции.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 90 г/л, СОЭ – 48 мм/час, лейкоциты – $16 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–20%, С–62%, Э – 0, М–6%, Л–12%.

Сахар крови натощак 19,7 – 21,3 ммоль / л.

Анализ мочи: Уд. вес 1030, белок 0,33 г/л, сахар ++, ацетон +, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения.

МСКТ органов грудной клетки: В верхней доле левого легкого массивная инфильтрация с множественными участками некроза, группа очагов в среднем отделе правого легкого.

Микроскопия мокроты: Кислотоустойчивые палочки более 100 в поле зрения.

ПЦР мокроты – обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к рифампицину

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная. ДСТ – отрицательный.

T-SPOT – положительный результат

Поставьте основной и сопутствующий диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Оцените тактику ведения пациента. Оцените изменения со стороны лабораторных показателей. Какое значение для течения и исхода основного процесса имеет сопутствующая патология. Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Молодой человек О., 19 лет, не работающий, 12.03.2018 года обратился с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5–38,0°С, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой с прожилками крови, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что пациент из неблагоприятных социальных и материальных условий. С 10 лет начал курить, периодически употреблял алкоголь. За два года до данного заболевания юноша находился в туберкулезном контакте со старшим братом, вернувшимся из исправительно-трудового учреждения. Ухудшение состояния пациента происходило постепенно в течение года: похудание больного на 12 кг, прогрессирование одышки и слабости, кашля. Единственное ФЛГ обследование сделано 4 года назад (норма).

Данные осмотра: Состояние средней тяжести. Истощен. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз. Одышка – ЧД=30 в 1 минуту. Укорочение перкуторного звука над верхними отделами обоих легких. Там же выслушивается бронхиальное дыхание, немногочисленные средне-высшие хрипы. ЧСС=100 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–95 г/л, Эр–3,8x10¹²/л, Лейк.–15,0x10⁹/л, П–14%, С–70%, Э–1%, М–7%, Л–8%, СОЭ–25 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

R–Манту с 2 ТЕ – папула 8 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: В верхних отделах обоих легких участки очаговой и фокусной инфильтрации различной величины и плотности, неоднородной структуры, на фоне пневмофиброза. Симметрично расположенные полости распада размерами до 2 см в диаметре. Микроскопия мокроты: обнаружены КУМ. Методом GeneXpert выявлены ДНК МБТ, устойчивые к рифампицину.

Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Оцените тактику ведения пациента. Охарактеризуйте изменения со стороны лабораторных показателей. Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная Б., 37 лет, по профессии повар поступила в стационар 17.07.2018 года с жалобами на подъем температуры до 39°С, кашель с мокротой, одышку.

Анамнез. Больной себя считает около двух недель. Отмечался резкий подъем температуры, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки при дыхании. Лечилась симптоматическими средствами и антибиотиками. В связи с отсутствием эффекта была госпитализирована в стационар с диагнозом «Левосторонняя пневмония».

Данные осмотра. Состояние при поступлении средней тяжести. Отмечалась бледность, снижение массы тела на 3 кг, одышка. Над левым легким – укорочение перкуторного звука, дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные хрипы на ограниченном участке слева в верхних отделах.

В анализе крови: гемоглобин 115 г/л, лейкоциты – 8,7x10⁹/л, СОЭ – 23 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 62%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, эозинофилы – 3%.

На рентгенограмме – инфильтративное затемнение в левом легком, преимущественно в верхнем и среднем отделах, неоднородной структуры. Больная получила два курса неспецифической антибактериальной терапии: цефазолин 10 дней, затем – ровамицин 10 дней. Клинического улучшения нет.

На повторной рентгенограмме (после лечения) неоднородная инфильтрация в S₁₋₂ левого легкого с границей по междолевой щели, где она наиболее плотная, в S₄₋₅ очаговая, местами сливная инфильтрация. Рентгенологически отмечается прогрессирование заболевания.

Бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ с окраской по Цилю-Нильсену проведено через 25 дней после поступления в стационар. Результат положительный: 6-8 МБТ в препарате.

Проба Манту – папула 14 мм. ДТ – папула 17 мм

При фибробронхоскопии выявлен инфильтративный туберкулез левого верхнедолевого бронха.

Сбор эпидемиологического анамнеза показал, что в общежитии квартирного типа, в котором проживала больная, на том же этаже был выявлен больной туберкулезом.

Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Оцените тактику ведения пациента. Охарактеризуйте изменения со стороны лабораторных показателей. Каков прогноз заболевания? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 67 лет, электросварщик поступил 19.07.2018 года на обследование в связи с выявленной патологией, жалоб не предъявляет.

Анамнез. Туберкулезный контакт не установлен. При профилактической флюорографии выявлены изменения в левом легком в виде округлого образования с полостью деструкции внутри. Предыдущая ФЛГ 3 года назад – без патологии. В результате дообследования в клинике глубоких микозов, онкологическом и противотуберкулезном диспансерах поставлен диагноз «Инфильтративный туберкулез S₁₋₂ левого легкого в фазе распада МБТ (–)». Противотуберкулезная терапия в течение 6 месяцев без эффекта. Направлен на хирургическое лечение 25.01.2019 года с диагнозом «Кавернозный туберкулез S₁₋₂ левого легкого в фазе распада МБТ (–)».

Данные осмотра. Состояние при поступлении удовлетворительное. Отмечалась небольшая слабость, потливость, покашливание. Над верхними отделами левого легкого – укорочение перкуторного звука. Хрипов не выслушивается.

В анализе крови: СОЭ – 25 мм/час, в остальном – без особенностей.

МСКТ органов грудной полости – в S₁₋₂ левого легкого каверна величиной 2,2x1,8 см с ровным внутренним контуром. От наружного контура в разные стороны отходят фиброзные тяжи.

Бактериоскопическим методом МБТ не выявлены

Бактериологическое исследование: методом посева мокроты выделены множественные ярко-желтые колонии, которые идентифицированы как *M. scrofulaceum*

Клинический диагноз больного был изменен.

В феврале 2019 года больному проведена операция: резекция S₁₋₂ левого легкого.

Из резецированного материала высеяны колонии *M. scrofulaceum*, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину.

Через 6 месяцев после операции пациент переведен в III группу диспансерного учета.

Поставьте и обоснуйте диагноз. На чем основана дифференциальная диагностика данного заболевания и туберкулеза? Оцените тактику ведения больного. Назовите показания к хирургическому лечению у данного пациента. К каким микобактериям относятся *M. scrofulaceum*, каковы особенности патогенеза заболеваний, вызываемых этими микобактериями? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 60 лет, пенсионер. Обратился 30.05.2018 года с жалобами на слабость, утомляемость, одышку при умеренной нагрузке, кашель с мокротой, кровохарканье.

Анамнез. В течение 12 лет работал пескоструйщиком. В возрасте 55 лет был установлен диагноз: «Очаговый туберкулез в фазе инфильтрации, МБТ (–), силикоз I стадии». После проведенного лечения самочувствие и клинико-рентгенологическая картина заболевания были стабильными, туберкулезный процесс в фазе уплотнения, был снят с диспансерного учета. Ухудшение состояния постепенное в течение последних шести месяцев.

Данные осмотра. Состояние средней тяжести. Температура 38°С. ЧД – 24 в 1 минуту в покое. Отмечается бледность, потливость. Пульс 102 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка эмфизематозная. При перкуссии укорочение звука над верхней долей справа, там же выслушиваются влажные хрипы. В остальных отделах легких – коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы.

В анализе крови: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты – 12x10⁹/л, СОЭ – 35 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 60%, лимфоциты – 17%, моноциты – 10%, эозинофилы – 3%.

В мокроте МБТ (+), методами бактериоскопии и ПЦР. Посевы мокроты на МБТ в работе.

Рентгенограмма грудной клетки Сетчатый пневмофиброз и немногочисленные мелкие узелковые тени, главным образом в средних отделах легких, ближе к корню, явления эмфиземы легких. Корни легких расширены и уплотнены, имеется обызвествление внутригрудных лимфатических узлов – симптом «яичной скорлупы». В верхушке правого легкого определяется инфильтрат размерами 4×5 см с полостью распада. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз. Прогрессирование какого из двух сочетанных заболеваний объясняется ухудшение состояние данного больного? Какие клинические особенности появляются при сочетанном заболевании? С какими заболеваниями часто сочетается туберкулез и почему? Какие еще профессиональные вредности способствуют развитию туберкулеза и как его предупредить у этих категорий пациентов. Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Женщина 32 лет по профессии врач-стоматолог поступила 16.04.2019 года в стационар с жалобами на лихорадку гектического типа, резкую общую слабость, похудание, кашель без мокроты.

Анамнез. В детстве имела туберкулезный контакт с родственником, наблюдалась в противотуберкулезном диспансере. Последние 5 лет страдает системной красной волчанкой, получает курсы кортикостероидной терапии. Ухудшение состояния внезапное: озноб, повышение температуры до 39,6°C, головная боль, спутанность сознания. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «грипп».

Данные осмотра. Состояние тяжелое. Суточные колебания температуры 40° – 37°C. Выраженная потливость, адинамия, бледность, цианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 2 см, подвижны, безболезненны. Положение вынужденное, полужающееся. ЧД – 50 в 1 минуту в покое. Пульс 130 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. При перкуссии легочный звук с тимпаническим оттенком, рассеянные сухие и влажные хрипы, особенно в паравerteбральных отделах. Печень и селезенка увеличены.

В анализе крови: гемоглобин 95 г/л, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 45 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 12%, с/я – 66%, лимфоциты – 10%, моноциты – 12%, эозинофилы – 0.

В мокроте МБТ (–), методами бактериоскопии и посева.

Проба Манту – отрицательная, TSPOT-положительный результат

В анализе мочи: белок – следы, уд.вес 1014, лейкоциты до 12 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения

Рентгенограмма грудной клетки Двустороннее тотальное симметричное обсеменение легких очень мелкими (1-2мм) однотипными очагами. На томограмме средостения выявлены кальцинированные очаги в корнях легких.

Поставьте и обоснуйте клинический диагноз. Назначьте дополнительное обследование. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями следует провести? Оцените тактику ведения пациентки. Почему у нее возникла данная форма процесса. Какие клинические и лабораторные изменения характерны именно для этой формы заболевания. Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 29 лет, не работающий, поступил в приемный покой стационара 14.01.2019 года с жалобами на слабость, температуру до 39°C, кашель, похудание на 10 кг (в течение последних 4х месяцев), частый жидкий стул.

Анамнез. В детстве имел родственный контакт с больным туберкулезом, не обследовался. В течение последних 5 лет вел беспорядочный образ жизни, употреблял инъекционные наркотики. Последний год часто болеет различными бактериальными и вирусными заболеваниями, отмечает слабость, похудание. Резкое ухудшение состояния в течение последнего месяца: нарастание слабости, интермиттирующая лихорадка, кашель, диарея.

Данные осмотра. Состояние больного тяжелое, бледен, истощен. На руках следы инъекций. На слизистой ротовой полости белые пятна (кандидоз). Периферические лимфоузлы увеличены в шейной и подчелюстной группах до 3 см, плотные, бугристые, плохо смешиваются. В остальных группах лимфоузлы до 1-1,5 см. Над легкими участки укороченного перкуторного звука чередуются с участками тимпанита, высушивается большое количество влажных хрипов. Печень и селезенка увеличены.

В анализе крови: гемоглобин 85 г/л, лейкоциты – $4,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 50 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 70%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, эозинофилы – 0.

В мокроте МБТ (–), методами бактериоскопии и посева.

Проба Манту – отрицательная

В анализе мочи: белок – следы, уд.вес 1014, лейкоциты до 12 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения

Методом ПЦР – выделена ДНК МБТ, устойчивая к противотуберкулезным препаратам I ряда.

МСКТ органов грудной клетки: Увеличены внутригрудные лимфатические узлы всех групп с обеих сторон, множественные нечетко очерченные очаги лимфогематогенной диссеминации с участками деструкции в обоих легких.

Сочетание каких двух заболеваний можно заподозрить? Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Назначьте дополнительное обследование. Каков прогноз сочетанных заболеваний у данного больного? Как проводится своевременная диагностика и профилактика туберкулеза у пациентов из групп риска? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 27 лет поступил 30.03.2019 года в приемное отделение городской клинической больницы с жалобами на резко возникшую боль в грудной клетке, одышку, слабость, чувство страха. Состояние ухудшилось внезапно во время физической нагрузки.

Анамнез. В детстве имел туберкулезный контакт с больным туберкулезом родственником, обследование и наблюдение не проводилось. В школьном возрасте часто болел простудными заболеваниями, в возрасте 13 лет был направлен в противотуберкулезный и диспансер по поводу гиперэргической реакции на пробу Манту – папула 19 мм, но к фтизиатру не явился. Флюорографическое обследование не проходил в течение 5 лет. При последнем ФЛГ исследовании (5 лет назад) выявлены кальцинированные очаги в верхней доле левого легкого и в левом корне, участки пневмофиброза. В течение последнего года стал часто болеть «простудными» заболеваниями, похудел на 5 кг за 6 месяцев.

При осмотре – кожные покровы бледные, влажные, температура 37,2°C. Отмечается тахикардия – 110 уд./минуту, одышка до 35 в минуту, снижение АД до 80/50 мм рт.ст. При перкуссии слева определяется тимпанит, дыхание резко ослаблено. Справа везикулярное дыхание.

На рентгенограмме – слева наличие газового пузыря, коллапс левого легкого. Справа в нижних отделах определяются малоинтенсивные очаги.

Какое заболевание можно заподозрить? С присоединением какого осложнения связано резкое ухудшение состояния больного? Каков механизм возникновения данного осложнения? Назначьте обследование для подтверждения заболевания. Какую срочную медицинскую помощь необходимо оказать больному? Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Женщина 32 лет обнаружила увеличение размеров подмышечных лимфатических узлов, которые не уменьшались в течение 2х недель, в связи с чем обратилась к врачу-хирургу 7.08.2019 года. Получала антибиотикотерапию широкого спектра действия и физиотерапевтическое лечение. На этом фоне самочувствие ухудшилось, появились умеренные симптомы интоксикации, температура повысилась до 37,5°C, увеличились размеры лимфатических узлов, появился кашель с небольшим количеством мокроты.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. В правой подмышечной области пальпируются два лимфатических узла размерами 1,0х1,5 см и 1,5х2,0 см, подвижные, плотнo-эластической консистенции, безболезненные. Со стороны других органов патологии не выявлено.

При обследовании: Проба Манту – папула 22 мм, ДСТ – папула 16 мм

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты – $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 22 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 8%, с/я – 31%, лимфоциты – 45%, моноциты – 12%, эозинофилы – 4%.

Поставьте и обоснуйте предполагаемый клинический диагноз. Назначьте обследование. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями следует провести? Оцените тактику ведения пациентки хирургом. Какие клинические и лабораторные изменения характерны именно для этой формы заболевания. Экзаменатор имеет право задать любой дополнительный вопрос по теме ситуационной задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больной 23 лет поступил в стационар 15.09.2019 года с жалобами на сильную головную боль в лобной области, рвоту на высоте головных болей, не связанную с приемом пищи.

Анамнез данная симптоматика появилась в течение последних 5 дней, сопровождалась повышением температуры тела до 39°C. Лечился амбулаторно у терапевта поликлиники с диагнозом «гастроэнтероэнтерит» без эффекта. В течение последних трех недель отмечает быструю утомляемость, раздражительность, повышенную чувствительность к звукам и светобоязнь, непостоянную субфебрильную температуру и головную боль. В детстве получил основной курс лечения по поводу туберкулеза коленного сустава.

При осмотре состояние больного средней тяжести, сознание ясное. Отмечается отсутствие аппетита, похудание, резкая слабость. Обращает внимание сходящееся косоглазие, нистаж, сглаженность носогубной складки, опущение угла рта слева. Положительны симптомы Кернига и Брудзинского, определяется ригидность затылочных мышц. Пульс 58 уд. в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, пальпируется край селезенки.

При обследовании: Проба Манту – папула 4 мм, ДСТ – сомнительный

Клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты – $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 58%, лимфоциты – 18%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%.

Общий анализ мочи – без патологии.

Спинально-мозговая жидкость: прозрачная, слегка опалесцирует, цитоз 200 клеток в 1 мкл (лимфоцитов 70%, нейтрофилов 25%, моноцитов 5%), белок – 0,8 г/л, реакции Панди и Нонне-Апельта + + +.

Поставьте и обоснуйте предполагаемый клинический диагноз. Назначьте обследование. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями следует провести? Оцените тактику ведения пациента врачом-терапевтом. Назначьте лечение и оцените прогноз.

**«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом
25 октября 2023 г., протокол № 2

Проректор по учебной работе,
Председатель учебно-методического совета
профессор  В.И. Орел



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

**«Описание показателей и критериев оценивания, а также шкал
оценивания»**

Санкт-Петербург
2023

Критерии экзаменационной оценки государственной итоговой аттестации

Оценка «отлично» - полный и правильный ответ без ошибок. Студент уверенно владеет материалом основной образовательной программы высшего образования по осваиваемой специальности и программой государственной итоговой аттестации. В ходе собеседования выпускник правильно и последовательно ответил на все вопросы ситуационных задач, выставленный диагноз обоснован, даны необходимые разъяснения. Результаты практических навыков и умений оценены как «выполнено». Результаты аттестационного тестирования оценены как «сдано».

Оценка «хорошо» - ответ полный, но есть недочеты и негрубые ошибки. Студент в достаточной степени владеет материалом основной образовательной программы высшего образования по осваиваемой специальности и программой государственной итоговой аттестации. В ходе собеседования выпускник достаточно полно ответил на все вопросы ситуационных задач, выставленный диагноз обоснован, но имеются отдельные неточности и негрубые ошибки. Результаты практических навыков и умений оценены как «выполнено». Результаты аттестационного тестирования оценены как «сдано».

Оценка «удовлетворительно» - ответ неполный, есть ошибки. Студент в целом владеет материалом основной образовательной программы высшего образования по осваиваемой специальности и программой государственной итоговой аттестации. В ходе собеседования выпускник не достаточно полно ответил на все вопросы ситуационных задач, допустил неточности и ошибки. Результаты практических навыков и умений оценены как «выполнено». Результаты аттестационного тестирования оценены как «сдано».

Оценка «неудовлетворительно» - ответ неполный, имеются грубые (существенные) ошибки; нет ответа или ответ неправильный. Оценка «неудовлетворительно» выставляется также в случае, если студент не прошел 1-ый или 2-ой этапы аттестационных испытаний: практические навыки и умения оценены как «не выполнено», а результаты аттестационного тестирования оценены как «не сдано».