

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович
Должность: Ректор
Дата подписания: 26.11.2024 13:04:39
Уникальный идентификатор:
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8756

**Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Воронежский государственный медицинский универ-
ситет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Фе-
дерации**

Кафедра факультетской терапии

Утверждаю
на заседании кафедры
факультетской терапии
25 марта 2024 г., протокол №12
Заведующий кафедрой
профессор А.В. Будневский

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ:

«Внутренние болезни»

(наименование дисциплины)

37.05.01 Клиническая психология

(код и наименование специальности)

Фонд оценочных средств составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО – по дисциплине «Внутренние болезни» для специальности 37.05.01 Клиническая психология, обсужден на заседании кафедры «25» марта 2024 года, протокол №12.

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

№ Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или ее части)	Оценочные средства	Способ контроля
1.Раздел – внутренние болезни 1	УК-1, УК-8	Устный опрос (вопросы) Тестовый контроль Задания открытого типа Решение ситуационной задачи	Текущий
2. Раздел – внутренние болезни 2	УК-1, УК-8	Устный опрос (вопросы); Тестовый контроль Задания открытого типа Решение ситуационной задачи;	Текущий
3. Контроль	УК-1, УК-8	Экзаменационные билеты (вопросы, задачи)	Промежуточная аттестация

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Индекс компетенции и её содержание	Дескрипторы		
		знать	Уметь	владеть
1.	УК-1	Знать и критически анализировать информацию, необходимую для решения поставленной задачи (проблемной ситуации). - Знать возможные варианты системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки. - Знать, как формировать собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных. - Знать и оценивать риски (последствия) возможных решений поставленной задачи. - Знать стратегические решения проблемных ситуаций.	- Уметь находить и критически анализировать информацию, необходимую для решения поставленной задачи (проблемной ситуации). - Уметь рассмотреть и предложить возможные варианты системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки. - Уметь формировать собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных. - Уметь определять и оценивать риски (последствия) возможных решений поставленной задачи. - Уметь принимать стратегические решения проблемных ситуаций.	- Владеть информацией, необходимой для решения поставленной задачи (проблемной ситуации). - Владеть возможными вариантами системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки. - Владеть умением формировать собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных. - Владеть умением определять и оценивать риски (последствия) возможных решений поставленной задачи. - Владеть умением принимать стратегические решения проблемных ситуаций.
2.	УК-8	- Знать, как выявлять возможные угрозы для жизни и здоровья человека, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Знать, как создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Знать, как осуществлять оказание первой помощи пострадавшему.	- Уметь выявлять возможные угрозы для жизни и здоровья человека, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Уметь создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Уметь осуществлять оказание первой помощи пострадавшему.	- Владеть умением определять возможные угрозы для жизни и здоровья человека, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Владеть понятием, как создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций. - Владеть умением оказать первую помощь пострадавшему.

КОНТРОЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ПРИМЕНЯЕМЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХО- ЛОГИЯ

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий		
		Собеседование	Тестирование	Решение заданий

		Наименование материалов оценочных средств		
		Вопросы для устного собеседования	Тестовые задания	Задания открытого типа
		№ задания		
1.	УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.	1-52	21-55	1-10
2.	УК- 8 Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	1-52	55-90	10-21

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Основатели российского клинического подхода в медицине М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин.
Компетенции: УК-1, УК-8
2. Боткин С.П. – научно-экспериментальное обоснование подходов к терапии.
Компетенции: УК-1, УК-8
3. Атеросклероз: определение понятия, стадии атерогенеза, вклад отечественных ученых (Аничков Н.Н., Халатов С.С., Мясников А.Л.) в развитие патогенеза.
Компетенции: УК-1, УК-8
4. Клинические проявления атеросклероза в зависимости от преимущественной локализации процесса и степени обструкции сосудистого русла, понятие о «стабильной» и «нестабильной» бляшке.
Компетенции: УК-1, УК-8

5. Ишемическая болезнь сердца (ИБС): определение понятия, этиология, современная классификация, факторы риска ИБС.
Компетенции: УК-1, УК-8
6. Стабильная стенокардия напряжения: определение, распространенность, этиология, патогенез, классификация.
Компетенции: УК-1, УК-8
7. Клиническая картина стабильной стенокардии напряжения (особенности болевого синдрома и сопутствующие симптомы), эквиваленты стенокардии, диагностика. Особенности психологического состояния пациентов со стабильной стенокардией.
Компетенции: УК-1, УК-8
8. Принципы лечения стабильной стенокардии напряжения, неотложные лечебные мероприятия при приступе стабильной стенокардии.
Компетенции: УК-1, УК-8
9. Нестабильная стенокардия: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения. Особенности психологического состояния пациентов.
Компетенции: УК-1, УК-8
10. Вариантная стенокардия (вазоспастическая, стенокардия Принцметала): распространенность, этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
Компетенции: УК-1, УК-8
11. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие учения об инфаркте миокарда (В.П. Образцов, Н.Д. Стражеско, Чазов Е.И.).
Компетенции: УК-1, УК-8
12. Инфаркт миокарда: определение, распространенность, этиология и патогенез, патоморфология, классификация (по стадиям развития, объему поражения, локализации очага некроза).
Компетенции: УК-1, УК-8
13. Клиническая картина типичного и атипичных вариантов инфаркта миокарда, Особенности психологического состояния пациентов.
Компетенции: УК-1, УК-8
14. Диагностические критерии инфаркта миокарда (лабораторные, инструментальные), принципы лечения.
Компетенции: УК-1, УК-8
15. Неотложные лечебные мероприятия при инфаркте миокарда.
Компетенции: УК-1, УК-8
16. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок (определение, причины развития, патогенез, основные гемодинамические нарушения, клиническая картина, диагностика, неотложные мероприятия).
Компетенции: УК-1, УК-8
17. Осложнения инфаркта миокарда: отек легких (причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, неотложные мероприятия).
Компетенции: УК-1, УК-8
18. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие учения гипертонической болезни. (Г.Ф. Ланг, Ю.В. Постнов, А.Л. Мясников).
Компетенции: УК-1, УК-8
19. Гипертоническая болезнь: определение, этиология и факторы риска, основные звенья патогенеза, классификация по стадиям и уровню артериального давления.
Компетенции: УК-1, УК-8
20. Клиническая картина гипертонической болезни, понятие о поражении органов-мишеней и ассоциированных клинических состояниях, диагностика ГБ, особенности психологического состояния пациентов.
Компетенции: УК-1, УК-8
21. Дифференциальная диагностика артериальных гипертензий, понятие о симптоматических артериальных гипертензиях (ренопаренхиматозные и вазоренальные, эндокринные АГ): особенности клинической картина и основные принципы диагностики.

Компетенции: УК-1, УК-8

22. Гипертонический криз: определение понятия, провоцирующие факторы, клиническая картина, диагностика. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

23. Гипертонический криз: диагностика, неотложная терапия.

Компетенции: УК-1, УК-8

24. История развития представлений о бронхиальной астме. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие учения о бронхиальной астме (Боткин С.П., Адо А.Д., Булатов П.К.).

Компетенции: УК-1, УК-8

25. Бронхиальная астма: определение, этиология, предрасполагающие, причинные факторы и факторы, способствующие течению бронхиальной астмы, понятие об атопии и гиперреактивности бронхов.

Компетенции: УК-1, УК-8

26. Классификация бронхиальной астмы, патогенез, клиническая картина.

Компетенции: УК-1, УК-8

27. Диагностические критерии бронхиальной астмы, принципы лечения. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

28. Клиническая картина обострения бронхиальной астмы, диагностика, неотложная помощь.

Компетенции: УК-1, УК-8

29. Диагностика и неотложная помощь при обострении бронхиальной астмы.

Компетенции: УК-1, УК-8

30. Хронические гастриты: определение, распространенность и заболеваемость, этиология (понятие о неинфекционных и инфекционных факторах), патогенез, классификация (Сиднейская классификация, 1994; рабочая классификация Ротберга Г.Е., Струтынского А.В., 2007).

Компетенции: УК-1, УК-8

31. Клиническая картина хронического гастрита, в зависимости от функционального признака (нормальная и повышенная секреция, секреторная недостаточность), диагностика, течение и исходы. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

32. История развития представлений о язвенной болезни. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие учения о язвенной болезни (Н.Д. Стражеско, Р. Вирхов, Б. Маршал, Р. Уоррен).

Компетенции: УК-1, УК-8

33. Язвенная болезнь желудка: определение, распространенность и заболеваемость, этиология, факторы агрессии и факторы защиты слизистой оболочки, патогенез, классификация.

Компетенции: УК-1, УК-8

34. Клиническая картина язвенной болезни желудка в зависимости от стадии заболевания, диагностика. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

35. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: определение, распространенность и заболеваемость, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина в зависимости от стадии заболевания, диагностика, течение и исходы.

Компетенции: УК-1, УК-8

36. Хронический панкреатит: определение, распространенность и заболеваемость, этиология и факторы риска, патогенез.

Компетенции: УК-1, УК-8

37. Клиническая картина, классификация (Марсельско-римская классификация, 1983; Ивашкин В.Т., 1990), диагностика. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

38. Синдром раздраженного кишечника: определение, распространенность и заболеваемость, этиология, патогенез, классификация.

Компетенции: УК-1, УК-8

39. Клиническая картина СРК в зависимости от типа, диагностика, принципы лечения. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

40. Сахарный диабет 1 типа: определение понятия, этиология, патогенез.

Компетенции: УК-1, УК-8

41. Клиническая картина сахарного диабета 1 типа, принципы диагностики и лечения. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

42. Сахарный диабет 2 типа: определение понятия, этиология, патогенез.

Компетенции: УК-1, УК-8

43. Клиническая картина сахарного диабета 2 типа, принципы диагностики и лечения. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

44. Комы при сахарном диабете (кетоацидотическая, гиперосмолярная): определение, этиология, клиническая картина, диагностика и неотложная помощь.

Компетенции: УК-1, УК-8

45. Комы при сахарном диабете (гипогликемическая): определение, этиология, клиническая картина, диагностика и неотложная помощь.

Компетенции: УК-1, УК-8

46. Гипогликемия: определение понятия, классификация гипогликемии, клинические проявления, диагностика, неотложная помощь.

Компетенции: УК-1, УК-8

47. Гипотиреоз: определение понятия, этиология, классификация, клиническая картина.

Компетенции: УК-1, УК-8

48. Диагностические критерии гипотиреоза, принципы лечения и профилактики. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

49. Синдром тиреотоксикоза: определение понятия, этиология, классификация, клиническая картина.

Компетенции: УК-1, УК-8

50. Диагностические критерии тиреотоксикоза, принципы лечения и профилактики. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

51. Ожирение и избыточная масса тела: определение понятия, этиология, патогенез, современная классификация, типы ожирения.

Компетенции: УК-1, УК-8

52. Ожирение: клиническая картина, ассоциированные с ожирением заболевания, принципы диагностики и лечения. Особенности психологического состояния пациентов.

Компетенции: УК-1, УК-8

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» – всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» – полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» – знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» – обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного

учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

ПРИМЕРЫ БИЛЕТОВ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Билет № 1

1. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация.
2. Диагностика и неотложная помощь при кетоацидотической коме.

Профессиональная задача

Больная Е., 26 лет, жалуется на приступы удушья 1-2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с пылью, 2-3 раза в месяц просыпается от ночного удушья. Считает себя больной в течение 8 лет, обострения заболевания отмечаются в осенне-весенний период во время цветения растений.

Из анамнеза известно, что бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Во время приступов больная пользуется сальбутамолом.

При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Грудная клетка обычной формы. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. При аускультации легких дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД 20 в 1 минуту. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая – по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х6.

Спирография: ОФВ1, и ПСВ выд. > 80%; колебания ПСВ выд. 20-30% от должного.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

Билет №2

1. Бронхиальная астма: определение, этиология, предрасполагающие, причинные факторы и факторы, способствующие течению бронхиальной астмы, понятие об атопии и гиперреактивности бронхов.
2. Диагностические критерии тиреотоксикоза, принципы лечения и профилактики. Особенности психологического состояния пациентов

Профессиональная задача

Больной Д., 49 лет, обратился с жалобами на головную боль в затылочной области, сердцебиение, снижение работоспособности и концентрации внимания, ухудшение сна.

Из анамнеза, что после командировки, сопряженной с эмоциональными нагрузками, впервые возникла головная боль и сердцебиение, которые купировались приемом ново-пассита. После вновь возникшей стрессовой ситуации головные боли и сердцебиение возобновились.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет на протяжении 28 лет. Семейный анамнез: мать больного (68 лет) страдает артериальной гипертензией.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 29 кг/м², окружность талии 98 см. Повышенная потливость ладоней, бледность кожных покровов, белый дермографизм, тремор

пальцев. Отёков нет. ЧДД 16 в мин., при аускультации лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Пульс 84 в мин, ритмичный, напряжён. АД 170/100 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин 143 г/л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок не обнаружен, глюкоза - отр., лейкоциты 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют. Уровень тиреотропного гормона в норме.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.

Осмотр окулиста: очаговое сужение артерий сетчатки.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

Билет №3

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: определение, распространенность и заболеваемость, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина в зависимости от стадии заболевания, диагностика, течение и исходы.
2. Клиническая картина сахарного диабета 2 типа, принципы диагностики и лечения. Особенности психологического состояния пациентов

Профессиональная задача

К врачу обратилась женщина 26 лет, учительница младших классов с жалобами на боли в животе, уменьшающиеся после акта дефекации, усиливающиеся во время менструаций, чувство неполного опорожнения кишечника, кашицеобразный стул до 4 –х раз в сутки без примесей крови и слизи, преимущественно в утренние часы, частые мочеиспускания.

Считает себя больной в течение 2-х лет, после перенесенной психотравмы.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 170 см, вес – 77 кг, ИМТ – 27 кг/м². Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=74 уд/мин, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации несколько болезненный по ходу кишечника.

Общий анализ крови- Л-7,4; п-2;с-62; л-30; м-2;э-4; СОЭ-17 мм/час;

Биохимический анализ крови- Общий белок- 65 г/л; Альбумины-52%; γ-глобулины-18%; СРБ 0 г/л.

Ирригоскопия: патологии кишечника не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Профессиональная задача 1 (УК1, УК8)

Больная П., 65 лет, доставлена в стационар без сознания. За два дня до потери сознания у нее отмечалась значительная слабость, вялость, сонливость, тошнота, рвота, сухость во рту, сильная жажда, обильное отделение мочи, одышка.

Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 14 лет. Принимает манинил 3,5 мг/сут, диету не соблюдает. Контроль гликемии проводит редко.

При осмотре общее состояние тяжелое. Сознание – кома. Температура тела 36,4С. Кожные покровы чистые, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык сухой. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧД 10 в 1 минуту. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая – по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х6.

Биохимический анализ крови: глюкоза 21 ммоль/л.

Анализ мочи: (взята с помощью катетера) - удельный вес 1040, сахар 4,5%, белок 2,5%, ацетон (+++).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 2 (УК1, УК8)

Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки (купируются ингаляциями вентолина, временные промежутки между ингаляциями сокращаются), на одышку при незначительной физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость. Настоящее ухудшение состояния в течение 3-4 дней связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе.

Из анамнеза известно, что у пациентки с 4-х лет рецидивирующий риносинусит, частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет после приема аспирина была крапивница, усиление насморка, затруднение дыхания. В 25 лет удалены назальные полипы, после этого развился астматический статус. 11 лет получает преднизолон per os в поддерживающей дозе 10 мг/сут.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено, шумное, хрипы слышны на расстоянии. ЧДД 26 в мин. Грудная клетка цилиндрическая с увеличением переднезаднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на 1 ребро, подвижность нижнего легочного поля снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинен, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, ЧСС 100 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $8,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 12%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 65%, лимфоциты 18%, моноциты 2%, СОЭ 8 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 3 (УК1, УК8)

Больной К., 44 года. Жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, снижение веса, обильное отделение мочи, кожный зуд.

Начало заболевания связывает с перенесенной психической травмой (автомобильная катастрофа).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Телосложение нормостеническое. Рост 182 см, вес 71 кг. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык влажный. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. Обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. Голосовое дрожание в норме. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 минуту.

Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая – по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, звучные, пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8. Селезенка не увеличена, не пальпируется. Учащенное мочеиспускание, диурез – 2500 мл.

Общий анализ мочи: уд. вес 1031, сахар 2,1%.

Глюкоза крови: 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 4 (УК1, УК8)

Больная Е., 26 лет, жалуется на приступы удушья 1-2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с пылью, 2 раза в месяц просыпается от ночного удушья. Считает себя больной в течение 8 лет, обострения заболевания отмечаются в осенне-весенний период во время цветения растений.

Из анамнеза известно, что бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Во время приступов больная пользуется сальбутамолом.

При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Грудная клетка обычной формы. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. При аускультации легких дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД 19 в 1 минуту. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая – по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х6.

Спирография: ОФВ1, и ПСВ выд. > 80%; колебания ПСВ выд. 20-30% от должного.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 5 (УК1, УК8)

Больной Б., 48 лет, доставлен в клинику кардиологической бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. Заболел внезапно после обильного ужина: появилась интенсивная боль в подложечной области, рвота – в начале съеденной пищей, а затем - желчью. Боли и рвота продолжались в течение 6 часов, после чего была вызвана бригада скорой помощи. Проведено промывание желудка. Отмечено снижение АД, больной покрылся потом. Вызвана кардиологическая бригада.

Из анамнеза известно, что в течении последнего года у больного 1-2 раза в месяц возникали приступы загрудинных болей при быстрой ходьбе или физической нагрузке, которые исчезали в состоянии покоя. К врачу не обращался.

При осмотре состояние больного тяжелое. Покрит холодным потом, цианоз губ. Пульс 108 в мин., слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт.ст. Температура тела 36,9С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: Нв-140 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 23%, моноциты 3%, СОЭ 10 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, зубец Q в II, III, AVF отведениях, зубец R в этих отведениях снижен; сегмент ST смещен куполообразно вверх до 3 мм, в отведениях V4-V6 – сегмент T ниже изолинии на 1,5 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 6 (УК1, УК8)

Больная А., 64 лет, обратилась в приемное отделение с жалобами на дискомфорт в левой половине грудной клетки, перебои в работе сердца, сердцебиение.

Из анамнеза известно, что указанные симптомы появились около 3 часов назад. Приняла 2 таблетки нитроглицерина, без выраженного эффекта. Перебои в работе сердца раньше не отмечала.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8С, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. ЧДД 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 112-120 уд/мин, неритмичный. Тоны сердца приглушены, неритмичные. ЧСС 150-170 в мин. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 123 г/л; эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 3%; сегментоядерные 71%; лимфоциты 19%; эозинофилы 1%; моноциты 6%; СОЭ 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л; креатинин 0,09 ммоль/л; АлАТ 165 Ед/л; АсАТ – 125 Ед/л.

Тропонин (+).

ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии в отведениях V1-4.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.

2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 7 (УК1, УК8)

Больной Д., 49 лет, обратился с жалобами на головную боль в затылочной области, сердцебиение, снижение работоспособности и концентрации внимания, ухудшение сна.

Из анамнеза известно, что после командировки, сопряжённой с эмоциональными нагрузками, впервые возникла головная боль и сердцебиение, которые купировались приемом новопассита. После вновь возникшей стрессовой ситуации головные боли и сердцебиение возобновились.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет на протяжении 28 лет.

Семейный анамнез: мать больного (68 лет) страдает артериальной гипертензией.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 29 кг/м², окружность талии 98 см. Повышенная потливость ладоней, бледность кожных покровов, белый дермографизм, тремор пальцев. Отёков нет. ЧДД 16 в мин., при аускультации лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичны, I и II тоны над верхушкой ясные, шумов нет, акцент II тона над аортой. Пульс 84 в мин, ритмичный, напряжён. АД 170/100 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Поклоачивание по поясничной области безболезненное. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин 143 г/л, лейкоциты 5,8 x 10⁹/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок не обнаружен, глюкоза - отр., лейкоциты 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют. Уровень тиреотропного гормона в норме.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.

Осмотр окулиста: очаговое сужение артерий сетчатки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 8 (УК1, УК8)

Больной Д., 29 лет, поступил с жалобами на удушье, возникающее ежедневно, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, одышку, малопродуктивный кашель, чувство заложенности в груди.

Из анамнеза известно, что впервые эпизоды затрудненного дыхания больной отметил в 12 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя они проходили самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с перенесенной стрессовой ситуацией, после которой вновь появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель, ощущение заложенности в грудной клетке.

При осмотре состояние больного тяжелое, положение вынужденное: сидит нагнувшись, опираясь на локти, одышка резко выражена, выдох удлинен, дыхание шумное, свистящее на выдохе. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы плечевого пояса, живота, груди. Грудная клетка «раздута», с расширенными межреберными промежутками. Голосовое дрожание ослаблено. ЧДД до 28 в минуту. При аускультации выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, сухие, рассеянные свистящие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, 120 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы 10%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 53%, лимфоциты 24%, моноциты 13%, СОЭ 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 9 (УК1, УК8)

Больной Т, 40 лет, водитель, обратился к врачу поликлиники с жалобами на выраженные боли в эпигастральной области после еды, тяжесть в желудке после приема небольшого количества пищи, отрыжку, вздутие живота, кашицеобразный стул 2-4 раза в день, снижение веса. За год похудел на 4 кг.

Из анамнеза известно, что боли в эпигастральной области после еды беспокоят около 8 лет, из-за боязни появления болей ограничивает приемы пищи, с чем связывает снижение веса. Обострения 2-3 раза в год. 60 Принимал но-шпу, альмагель с непродолжительным положительным эффектом. Обследование на хеликобактерную инфекцию не проходил. Курит в течение 25 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров обычной окраски, тургор, влажность сохранены, видимые слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС- 80 в 1 минуту. АД- 120/90 ммрт. ст. Язык влажный чистый. Живот мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Стул - склонность к поносам.

Общий анализ крови Нв – 120 г/л; эр. – $4,0 \times 10^{11}$; лейкоц. - $6,4 \times 10^9$; СОЭ- 7 мм/ч.

Анализ кала на скрытую кровь - отрицательный.

ФГДС: стенки пищевода эластичные. Слизистая оболочка пищевода розовая. Желудок содержит слизь и жидкость. Слизистая оболочка атрофичная, прослеживается во всех отделах. Луковица 12-перстной кишки не деформирована. Морфологическое исследование биоптата из желудка: В присланном материале фрагменты слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка. Ямки глубокие, иногда достигают мышечной пластинки, толщина слизистой снижена. Железы разной величины. Фиброз стромы.

НР не обнаружен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 10 (УК1, УК8)

Пациент С., 24 года, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 ч после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Из анамнеза известно, что впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом алмагеля в течение 2 недель. Ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. Перенесенные заболевания: краснуха, скарлатина. Профессиональный анамнез: в течение последнего года работает экономистом на предприятии. По работе часто ездит в командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, мать здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 °С. Больной пониженного

питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 70 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

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

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

ФГДС: по передней поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена язва диаметром 0,8 см. Признаки воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 11 (УК1, УК8)

Больная С. 47 лет на приеме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

Из анамнеза известно, что в 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный не оформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптом раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется в проекции желчного пузыря. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени 19 по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

Профессиональная задача 12 (УК1, УК8)

К врачу обратилась женщина 26 лет, учительница младших классов с жалобами на боли в животе, уменьшающиеся после акта дефекации, усиливающиеся во время менструаций, чувство неполного опорожнения кишечника, кашицеобразный стул до 4 –х раз в сутки без примесей крови и слизи, преимущественно в утренние часы, частые мочеиспускания.

Считает себя больной в течение 2-х лет, после перенесенной психотравмы.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 170 см, вес – 77 кг, ИМТ – 27 кг/м². Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=74 уд/мин, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации несколько болезненный по ходу кишечника.

Общий анализ крови- Л-7,4; п-2;с-62; л-30; м-2;э-4; СОЭ-17 мм/час;

Биохимический анализ крови- Общий белок- 65 г/л; Альбумины-52%; γ -глобулины-18%; СРБ 0 г/л.

Ирригоскопия: патологии кишечника не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

Профессиональная задача 13 (УК1, УК8)

Больной К., 22 года, студент, обратился с жалобами на изжогу, тошноту, ноющие боли в эпигастрии, возникающие через 0,5-1 часа после приема пищи, иногда ночью. Боль облегчается приемом молока. Отмечает снижение аппетита и потерю веса 5 кг за последние полгода.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 2 лет, когда впервые почувствовал появление болей в эпигастрии, однако за медицинской помощью не обращался, по совету родственников нерегулярно для снятия болей принимал алмагель. Четкой сезонности обострений не было. Настоящее ухудшение самочувствия наблюдается в течение последних двух недель, когда вновь стала беспокоить боль в эпигастрии, изжога, появилась склонность к запорам, связанная с погрешностью в диете (употребление острого, жирного, жареного). Семейный анамнез: отец страдает язвенной болезнью желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больной астенического телосложения. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца звучные, шумов нет, ритм сердца правильный. ЧСС 82 уд/мин. АД 125/75 мм рт.ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный. Стул обычной окраски. Склонность к запорам. Общий анализ крови: Нб 142 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,96, лейкоциты $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 1%, лимфоциты 33%, моноциты 6%. СОЭ 6 мм/ч.

ФГДС: пищевод проходим, слизистая его не изменена, кардия смыкается полностью. В желудке немного прозрачной слизи. Складки слизистой резко утолщены, извиты. В антральной части слизистой оболочка блестящая, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Луковица 12-перстной кишки не изменена.

Уреазный экспресс-тест: ++++.

рН-метрия желудочного содержимого: базальная - 1,3; стимулированная - 0,9.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 14 (УК1, УК8)

Больной А. 28 лет, обратился в поликлинику с жалобами на выраженную одышку при небольшой физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, кашель с трудноотделяемой прозрачной мокротой, приступы удушья 3 – 5 раз в неделю, купирующиеся беродуалом. Ночью приступы удушья беспокоят редко. За прошедший месяц отмечает 4 ночных приступа.

Из анамнеза известно, что в течение 3-х лет весной отмечает эпизоды слезотечения, насморка, затруднённого дыхания. Самостоятельно принимал супрастин, за медицинской помощью не обращался. Постоянно лекарственные препараты не принимает, при приступах удушья пользуется беродуалом (по совету отца, страдающего хронической обструктивной болезнью лёгких). Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: отмечает аллергическую реакцию на цефтриаксон.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,5°C. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы, межреберные промежутки расширены. При сравнительной перкуссии над легкими определяется тимпанический звук. При аускультации легких выслушивается ослабление везикулярного дыхания, рассеянные сухие свистящие и гудящие хрипы. Выдох резко удлинён. ЧДД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны ритмичные приглушенные. Пульс 90 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется по краю рёберной дуги, гладкий, безболезненный. Размер печени по Курлову 7×6×6 см. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 156 г/л, количество эритроцитов $5,5 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 66%, эозинофилы 10%, моноциты 1%, лимфоциты 20%, СОЭ 8 мм/ч.

Общий анализ мокроты: слизистая, прозрачная, вязкой консистенции, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эозинофилы 10 – 15 в поле зрения, спирали Куршмана (+), кристаллы Шарко-Лейдена (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 15 (УК1, УК8)

Больной К., 29 лет, жалуется на общую слабость, утомляемость, тупые боли в эпигастриальной области, возникающие после приема пищи, уменьшающиеся после приема альмагеля.

Из анамнеза известно, что имеется язвенная болезнь желудка и ДПК, которая обостряется ежегодно зимой и осенью. Больной работает водителем, часто бывает в длительных командировках. Выпивает умеренно (1-2 раза в месяц). Настоящее обострение связывает с употреблением алкоголя.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Отеков нет. Пульс 98 /мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 18 в мин. Живот мягкий, в эпигастрии слегка болезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание в поясничной области безболезненно. Стул регулярный. Мочеиспускание безболезненное.

Общий анализ крови: Нб - 90 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, цветной показатель - 0,77, тромбоциты - $195 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,5%.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо - 7,5 мкмоль/л, общий билирубин - 10,5 мкмоль/л.

Анализ кала на скрытую кровь положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 16 (УК1, УК8)

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена бригадой скорой помощи с приступом удушья, возникшим впервые.

Из анамнеза известно, что в детстве после контакта с собаками, кошками появлялись кожные высыпания. Отмечалась реакция на пыль в виде чихания. Поставлен диагноз вазомоторный ринит, наблюдалась у аллерголога. Названия препаратов, применяемых ранее для лечения, не помнит. С возрастом интенсивность аллергических реакций уменьшилась. Три месяца работает администратором в косметическом салоне. Через 1 месяц после начала работы появился приступообразный сухой кашель, интенсивность которого постепенно усилилась.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненная. ЧДД 26 в минуту. Перкуторно: ясный легочный звук. При аускультации: выдох почти в 3 раза продолжительнее вдоха, дыхание везикулярное ослабленное, выслушивается большое количество рассеянных сухих свистящих хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 90 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы 11%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 63%, лимфоциты 26%, моноциты 14%, СОЭ 7 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием

Профессиональная задача 17 (УК1, УК8)

Больной А., 40 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно на выдохе, мучительный кашель.

Считает себя больным 3 года, когда впервые возник подобный приступ после перенесенного острого бронхита. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, а в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

При осмотре: кожные покровы бледные с синюшным оттенком. Тело покрыто испариной. Грудная клетка в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса напряжены. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца чистые, приглушены. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД 25 в минуту. При перкуссии легких коробочный звук по всем легочным полям, особенно выраженный в нижних отделах. При аускультации - рассеянные свистящие сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Спирометрия: ОФВ1, ПОС выдоха >65 %; колебание ПОС выдоха > 30 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 18 (УК1, УК8)

Больной К., 60 лет, доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивную боль за грудиной, без иррадиации, сопровождавшуюся выраженной слабостью, тошнотой, чувством нехватки воздуха.

Со слов больного болевой приступ возник впервые в жизни, к моменту приезда бригады скорой помощи продолжался около 4 часов.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,5°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Пациент повышенного питания.

ЧДД 16 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 94 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 152 г/л; эритроциты $5,1 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 35; лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 72%; лимфоциты 18%; эозинофилы 2%; моноциты 6%; СОЭ 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л; креатинин 0,089 ммоль/л; АЛАТ 170 Ед/л; АсАТ 137 Ед/л.

Тропонин (+), КФК МВ – 35 ЕД.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 19 (УК1, УК8)

Больной Н., 70 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на затяжной приступ загрудинной боли.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела $36,2^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, влажные. ЧД 22 в мин. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий.

Общий анализ крови: гемоглобин 134 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 70%; лимфоциты 19%; эозинофилы 1%; моноциты 6%; СОЭ 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л; креатинин 0,088 ммоль/л; АЛАТ 180 Ед/л; АсАТ 112 Ед/л. Тропонин (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 20 (УК1, УК8)

Больной Щ., 46 лет, жалуется на нарастание приступов удушья без видимой причины.

Из анамнеза известно, что данным заболеванием страдает около 16 лет, обострения возникали на фоне ОРВИ. Постоянно принимает преднизолон 20 мг в сутки. При приступах пользуется сальбутамолом в ингаляциях. Несмотря на лечение, практически ежедневно ощущает заложенность в грудной клетке, приступы удушья часты (4-5 раз ежедневно), преимущественно в ночное время. В течение последних двух лет прибавил в весе 7 кг, наблюдается синдром Кушинга.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. ЧДД 28 в 1 минуту. Грудная клетка эмфизематозной формы. В легких при аускультации: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. При перкуссии грудной клетки над областью легких - легочный звук с коробочным оттенком. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичен. АД 130/80 мм рт.ст.

Спирометрия: ОФВ1, ПОС выдоха <60 %; колебание ПОС выдоха > 30 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача № 21 (УК1, УК8)

Пациент А., 68 лет, пенсионер жалуется на приступообразные давящие боли за грудиной, длящиеся 2-3 мин., возникающие при физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в спокойном темпе до 200 м), иррадиирующие в левую руку и межлопаточную область. Боли исчезают после прекращения физической нагрузки или приема нитроглицерина (2 таблетки на прием). На фоне повышения АД больной отмечает появление головной боли, головокружения, шума в ушах.

Из анамнеза известно, что страдает ИБС с 2000 года, пользуется арифмоном, энапом по 5мг 2 раза в день, эринитом по 10 мг 3 раза в день. С начала заболевания приступы не нарастают по интенсивности и продолжительности, но стали появляться чаще и на меньшую нагрузку. В 2005г. - ОНМК по ишемическому типу. Другие заболевания и вредные привычки отрицает.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 110 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 20 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, средней силы и высоты. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Первый тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 72 уд/мин. АД 170/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: СОЭ - 12 мм/час; эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb – 128 г/л; лейкоц. – $6,5 \times 10^9 /л$.

Общий анализ мочи: отн. плотность - 1020; лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 7,8 ммоль/л; триглицериды 2,9 ммоль/л; ЛПНП 3,62 ммоль/л; ЛПВП 1,1 ммоль/л; коэффициент атерогенности ед. 4,5; глюкоза – 7,8 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л.

Трансторакальная ЭхоКГ: полости сердца не расширены; клапаны не изменены. Признаки гипертрофии ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 22 (УК1, УК8)

Больной К., машинист поезда, 50 лет, курящий, спортивного вида, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Из анамнеза известно, что страдает АГ более 10 лет. Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела — 36,4 °С. Больной нормостенического телосложения, рост — 178 см, вес — 74 кг, ИМТ — 23,3 кг/м². Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность кожи хорошая. ЧДД — 16 уд/мин. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС — 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс ритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ покоя без патологии.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.

2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 23 (УК1, УК8)

Больная, 68 лет страдает сахарным диабетом 2 типа 18 лет, получает манинил, нерегулярно. По поводу ИБС, хронической сердечной недостаточности, развития отеков в течение длительного времени принимала мочегонные препараты: гипотиазид и самостоятельно фуросемид. За три дня до поступления в клинику у больной появилась сильная жажда, полиурия, резкая мышечная слабость. Боялась пить жидкость. Состояние больной ухудшалось, доставлена в клинику скорой помощью.

При осмотре состояние тяжелое, без сознания. Кожа, язык сухие, выраженная гипотония мышц, судороги, гемипарез. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. АД – 80/40 мм рт. ст. пульс – 120 в минуту, тоны сердца глухие. Живот мягкий, печень у края реберной дуги.

Глюкоза крови – 50,6 ммоль/л, рН – 7,4, креатинин – 0,5 ммоль/л, сахар мочи – 5 %, ацетона нет.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 24 (УК1, УК8)

Больной М. 26 лет. Доставлен в отделение в бессознательном состоянии.

Болеет сахарным диабетом 5 лет. Принимает утром актрапид - 8 Ед., протафан - 14 Ед., в ужин - актрапид 8 Ед., протафан - 14 Ед. Чувствовал себя хорошо; утром, возвратившись после дежурства, жена застала его дома в бессознательном состоянии.

При осмотре: сознание отсутствует, Кожа влажная, тонус мышц конечностей повышен. Тризм жевательных мышц. Тонус глазных яблок нормальный. Зрачки расширены; реагируют на свет. Пульс 68 ударов в мин., ритмичный. АД - 130/85 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные. ЧДД 20 в мин. Язык влажный, прикуса языка нет. Печень плотная, выступает на 3 см из подреберья. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 25 (УК1, УК8)

Больная С., 38 лет, предъявляет жалобы на резкое снижение массы тела, повышенную раздражительность, потливость, учащенное сердцебиение, дрожь в руках.

Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы беспокоят в течении 4 месяцев.

При осмотре состояние средней степени тяжести. рост 168 см, вес 52 кг. Кожные покровы теплые, влажные. Температура тела 37,3С. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. ЧДД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке - систолический шум. ЧСС 108 в минуту, АД 150/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа диффузная, увеличение II степени, эластической консистенции, подвижная, безболезненная. Положительные глазные симптомы Дальримпля, Грефе.

Общий анализ крови: эритроциты-4,2 x 10¹²/л, Нв-130 г/л, лейкоциты - 3,0 x 10⁹/л, п-1%, с-54%, л-40%, м-5%, СОЭ-26 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1017, белок - «0», эпителий плоский 0 – 1 в п/з, лейкоциты 1 – 2 в п/з эритроциты 0 – 1 в п/з.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 60 г/л, альбумины – 50,5%, глобулины – 49,5%, общ. холестерин – 3,6 ммоль/л. Глюкоза крови натощак: 5,3 ммоль/л.

Гормональный спектр: Т3 общ. – 3,20 нмоль/л, Т4 общ. – 202 нмоль/л, ТТГ – 0,2 мЕД/мл.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 26 (УК1, УК8)

Больная В., 38 лет беспокоят боли в верхней половине живота, усиливающиеся после приема любой пищи, сухость, горечь во рту.

Ухудшение состояния связывает с нарушением диеты. Больна в течение 3 лет.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 18 в мин Тоны сердца ритмичные с числом 98 в минуту. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации. Печень не выходит из-под правой реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эр. $3.9 \cdot 10^{12}/л$, Нб 144 г/л, МСН 35 пг, СОЭ 18 мм/ч, лейкоц. $8.0 \cdot 10^9 /л$, п/я нейтр. 2%, с/я нейтр. 56%, эоф. 2%, мон. 3%, лимф. 37%.

Биохимический анализ крови: сахар крови 6.5 ммоль/л, билирубин 18.7 мкмоль/л, прямой – нет, АЛТ 21 Ед/л, АСТ 18 Ед/л, амилаза крови 390 Ед/л.

Общий анализ мочи: амилаза 1010 Ед/л.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 27 (УК1, УК8)

Больная Л., 45 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами.

Из анамнеза известно, что в течении 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС - 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД - 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Периферических отеков нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 120 уд./мин., частые предсердные экстрасистолы.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 28 (УК1, УК8)

Больная Т., 28 лет, обратилась по поводу упорных запоров, которыми страдает 7 лет.

В анамнезе: их появление связывает с периодом жизни в общежитии и нарушением ритма питания и дефекации. Ухудшение наступает в связи с физическими и нервными перегрузками. Стул 1 раз в 3-4 дня, иногда кал “овечий”, в последнее время нередко с обильной примесью слизи. Также отмечает тошноту, тянущие боли по ходу толстого кишечника. Масса тела стабильна, аппетит всегда плохой. Сон прерывистый с неприятными сновидениями.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 88 ударов в минуту. АД - 140/80 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Периферических отёков нет. Пальпация живота чувствительна в зоне сигмовидной кишки.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 29 (УК1, УК8)

Больной 54 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области сразу после приема пищи.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 96 в минуту. АД 140/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот болезненный в эпигастральной области.

При рентгенологическом обследовании, в средней трети тела по малой кривизне определяется “ниша” размерами 0,3х0,5 см, окруженная воспалительным валом, боль при пальпации брюшной стенки в проекции “ниши”. Складки слизистой утолщены, извилистые. Перистальтика ускорена, эвакуация содержания желудка не изменена.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 30 (УК1, УК8)

Больной О., 42 года. Жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, падение в весе тела, обильное отделение мочи, зуд кожи.

Начало заболевания связывает с перенесенной психической травмой (после автомобильной катастрофы)

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Телосложение нормостеническое. Рост 178 см, вес 72 кг. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык влажный. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. Обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. Голосовое дрожание в норме. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, Хрипов нет, ЧД 14 в 1 минуту.

Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, звучные, пульс – 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 140/80 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги,

гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10*9*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется. Учащенное мочеиспускание, диурез - 2300 мл.
Общий анализ мочи: уд. вес - 1031, сахар - 3,1%.
Гликемия - 18 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 31 (УК1, УК8)

Больная Д., 60 лет жалуется на слабость, сонливость, снижение памяти, апатию, зябкость, плохой аппетит, запоры. Заболевание развивалось постепенно в течение 3-х лет. Ранее считала себя здоровой. Объективно: состояние. Кожа бледная с желтоватым оттенком, очень сухая, холодная.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Избыточное отложение п/к жировой клетчатки в области живота. Рост 162см, вес 70 кг. Лицо амимично. Кожные покровы чисты, бледные с желтоватым оттенком, сухая холодная на ощупь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отмечается отечность век, губ, тыла кистей рук, голеней. Отек плотный. Грудная клетка обычной формы, обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легочный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 16 в 1 минуту.

Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0см вправо от правого края грудины, верхняя - на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Пульс - 54 удара в 1 минуту, ритмичный, А/Д - 90/70. мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10*9*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется. Щитовидная железа не пальпируется.

Общий анализ крови:

Нб 110 г/л, Эритроциты 2,1*10¹²/л, ц. п 0,8, Лейкоциты 6,3* 10⁹ /л нейтрофилы палочкоядерные 5% , нейтрофилы сегментоядерные 72% , Лимфоциты 19% ,Моноциты 4 % , СОЭ 32 мм/час.

ТТГ 32 мкМЕ/мл, свободный Т4 2,4 МЕ/ мл; холестерина - 9,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 32 (УК1, УК8)

Поступила больная К., 36 лет с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, плаксивость, плохой сон, потливость, чувство дрожания всего тела, похудение на 10 кг за месяц, пучеглазие. Заболела остро, после пневмонии сразу появились вышеперечисленные жалобы, с тех пор заболевание имеет тенденцию к прогрессированию.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Рост 168 см, вес 48 кг. Кожные покровы чистые, влажные, горячие на ощупь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа увеличена на глаз,

эластичная, подвижная, диффузная. Экзофтальм, положительные симптомы Грефе (+), Мебиуса (+), Кохера (+).

Грудная клетка обычной формы, обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 16 в 1 минуту.

Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая – на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Сердечные тоны аритмичные, звучные. ЧСС 146 в минуту, пульс – 120 ударов в 1 минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицит пульса 26. А/Д – 160/90 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10*9*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 33 (УК1, УК8)

Больной Р., 36 лет. Жалуется на значительное увеличение массы тела за последние два года (с 72 до 106 кг при росте 173 см), снижение половой функции. Аппетит повышен. Диету не соблюдает. В рационе преобладают углеводы. Беспокоит головная боль, периодически отмечаются сонливость, общая слабость. Ухудшение состояния ни с чем не связывает. Часто болеет ангинами.

Объективно: Повышенного питания, отложение подкожной жировой клетчатки преимущественно в области туловища, лица, шеи. Кожа сухая. Отеков нет. Пульс — 72 в 1 мин, ритмичный. АД — 150/105 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, акцент I тона над аортой.

Общий анализ крови и мочи без патологических изменений.

ОГТТ (оральный глюкозо-толерантный тест): натощак глюкоза капиллярной крови - 5,4 ммоль/л, через 2 ч - 6,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 34 (УК1, УК8)

Больная Л., 32 лет. Жалуется на повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Предрасположена к полноте с детства. Развивалась нормально. Менструации с 15 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают полнотой.

Объективно: рост — 168 см, масса тела — 96 кг. Распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс — 78 в I мин, ритмичный. АД — 135/80 мм. рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V

межреберье кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена. Дополнительные методы исследования: ОГТТ: натощак глюкоза капиллярной крови — 5,6 ммоль/л, через 2 ч — 5,8 ммоль/л. Липидограмма: повышение общего холестерина, триглицеридов, снижение липопротеидов высокой плотности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

Профессиональная задача 35 (УК1, УК8)

Больная С., 58 лет, не работает. Жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке, головную боль, снижение памяти, периодическую жажду, повышение аппетита, выраженную сонливость днем. Менопауза в течение 12 лет. Ранее была умеренно полной, значительное увеличение массы тела начала отмечать около 10 лет назад.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Рост — 169 см, масса тела — 116 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки преимущественно в области лица и туловища. Отмечается цианоз лица, конечностей, туловища, пастозность голеней, стоп. Кожа влажная. Пульс — 98 в 1 мин, АД — 170/100 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, правая — на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье. Тоны сердца значительно ослаблены. Перкуторно над грудной клеткой отмечается укороченный тимпанит. Дыхание везикулярное, ослабленное, в межлопаточном пространстве жесткое.

Дополнительные методы обследования: Общий анализ крови и мочи без патологических изменений. ОГТТ: натощак глюкоза капиллярной крови — 5,8 ммоль/л, через 2 ч — 12,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте свой ответ.
2. Определите объем исследований, необходимый для подтверждения диагноза и принципы лечения.
3. Перечислите обстоятельства, способствовавшие развитию заболевания.
4. Назовите особенности психологического состояния пациентов с данным заболеванием.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАДАЧАМ

Профессиональная задача 1 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет 1 типа, кетоацидотическая кома.
2. Гликемический профиль, определение гликированного гемоглобина, ОАМ (глюкоза, белок)
3. Запуск патологических процессов, приводящих к развитию кетоацидоза, происходит в результате абсолютного дефицита инсулина при сахарном диабете 1 типа. Гипергликемия вследствие недостаточности инсулина сопровождается осмотическим диурезом. Экскреция кетоновых тел с мочой обуславливает дополнительную потерю натрия и калия.
4. Депрессия, эмоциональное выгорание и расстройства пищевого поведения чаще всего встречаются у пациентов с сахарным диабетом.

Профессиональная задача 2 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма аспириновая, гормонзависимая, тяжелой степени тяжести, неконтролируемое течение, обострение. Полипозный риносинусит. Эмфизема легких. Пульмосклероз. Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. ДН 2.
2. Исследование мокроты (кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана), исследование ФВД для определения степени бронхиальной обструкции, провести пробу с бронхолитиком для оценки обратимости бронхиальной обструкции, консультация ЛОР-врача.
3. В патогенезе аспириновой астмы ключевую роль играет нарушение метаболизма арахидоновой кислоты и как следствие непереносимость НПВС.
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 3 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет.
2. Для уточнения типа необходимо тщательнее собрать анамнез, провести гликемический профиль, определение гликированного гемоглобина, секреции инсулина.
3. При сахарном диабете 1 типа отмечается абсолютный дефицит инсулина. При сахарном диабете 2 типа- относительная инсулиновая недостаточность.
4. Депрессия, эмоциональное выгорание и расстройства пищевого поведения чаще всего встречаются у пациентов с сахарным диабетом.

Профессиональная задача 4 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма аллергическая форма, легкой степени тяжести, частично контролируемое течение, обострение. Сенсибилизация к аллергенам клещей домашней пыли. ДН 0.
2. Определение IgE, скарификационные пробы, общий анализ мокроты, бронходилатационный тест.
3. В патогенезе БА аллергической формы ключевая роль отводится выработке специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса E, против распространенных экзогенных аллергенов (в данном случае клещи домашней пыли).
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 5 (УК1, УК8)

1. ИБС. Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, с формированием зубца Q, с elevацией ST, подострый период.
2. Тропонины I и T, КФК-МВ, коагулограмма, трансторакальная ЭхоКГ.
3. Инфаркт миокарда- одна из клинических форм ИБС, протекающих с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.
4. В остром периоде может наблюдаться страх смерти. В постинфарктном периоде может быть тревога, чувство безнадежности, депрессия.

Профессиональная задача 6 (УК1, УК8)

1. ИБС. Инфаркт миокарда перегородки левого желудочка с переходом на верхушку с elevацией ST, острейшая стадия.
2. Тропонины I и T в динамике, КФК- МВ в динамике, коагулограмма, трансторакальная ЭхоКГ (зоны гипокинеза, акинеза).
3. Инфаркт миокарда- одна из клинических форм ИБС, протекающих с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

4. В остром периоде может наблюдаться страх смерти. В постинфарктном периоде может быть тревога, чувство безнадежности, депрессия.

Профессиональная задача 7 (УК1, УК8)

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Неконтролируемая АГ. Гипертрофия левого желудочка. Ангипатия сетчатки. Риск 3 (высокий). Целевое АД 120-130/80 мм рт.ст.

Стадия II гипертонической болезни определена по наличию поражения органов-мишеней (гипертрофия ЛЖ, ангиопатия сетчатки). Повышение АД до 150/90 мм рт. ст. соответствует 1-й степени артериальной гипертензии.

2. Определение альбумина в моче, креатинина в крови (расчет СКФ), УЗИ сонных артерий.

Для гипертонической нефропатии характерны микроальбуминурия, повышение креатинина плазмы, снижение СКФ.

3. В основе патогенеза гипертонической болезни лежит повышение ОПСС, обусловленного спазмом периферических сосудов, увеличение МОС, влияние системы РААС.

4. Склонность к депрессивным состояниям, перфекционизм, самокритичность, недоверчивость.

Профессиональная задача 8 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма смешанная форма, средней степени тяжести, неконтролируемое течение, обострение. ДН 2.

2. Исследование ФВД для оценки степени бронхиальной обструкции, проба с бронхолитиком для определения обратимости бронхиальной обструкции, ЭКГ, проведение скарификационных проб, общий анализ мокроты, определение IgE.

3. В ответ на различные стимулы в бронхах может возникать воспалительный процесс. Это приводит к увеличению проницаемости сосудов и миграции различных воспалительных клеток в стенки бронхов. В результате воспаления бронхи становятся гиперреактивными. Кроме того, увеличивается секреция слизи, а при длительном воспалении происходит структурное изменение бронхов.

4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 9 (УК1, УК8)

1. Хронический атрофический гастрит в стадии обострения, средней степени тяжести.

2. Общий анализ крови, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, гистологическое и цитологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка, тесты на *H. pylori*, ФГДС с прицельной биопсией, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы проводятся однократно.

3. В основе хронического воспаления лежит воспалительная инфильтрация нейтрофилами и другими клетками слизистой желудка. В результате чего запускается процесс перестройки слизистой оболочки желудка и развиваются дисрегенераторные процессы с последующим переходом в дистрофию и атрофию.

4. Страх, гнев, раздражительность, апатия.

Профессиональная задача 10 (УК1, УК8)

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, впервые выявленная. Хронический гастрит антрального отдела желудка, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, в стадии обострения.

2. ЭГДС с последующим определением *Helicobacter pylori*.

3. *Helicobacter Pylori*, отягощенная наследственность, бесконтрольный прием НПВС, стрессы, нарушение диеты, частый прием алкоголя.

4. Страх, гнев, раздражительность, апатия.

Профессиональная задача 11 (УК1, УК8)

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.
3. Воспалительные изменения в поджелудочной железе постепенно приводят к дегенеративным изменениям ее структуры, склерозу тканей и облитерации протоковой системы.
4. Тревожность, раздражительность, иногда депрессии.

Профессиональная задача 12 (УК1, УК8)

1. Синдром раздраженного кишечника.
2. Общий анализ крови, мочи, копрологическое исследование, кал на яйца глистов, биохимические показатели, ректороманоскопия, колоноскопия, ФГДС с биопсией слизистой дистальной части ДПК, титр антител к эндомиозию и глиадину, бак. посев кала на микрофлору, кал на скрытую кровь, УЗИ органов брюшной полости.
3. Причины развития до конца не изучены. Предположено, что СРК является психосоматическим заболеванием.
4. Тревога, депрессия, нарушение сна.

Профессиональная задача 13 (УК1, УК8)

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, впервые выявленная.
2. ЭГДС с последующим определением *Helicobacter pylori* через 2 недели после терапии.
3. *Helicobacter Pylori*, отягощенная наследственность, бесконтрольный прием НПВС, стрессы, нарушение диеты, частый прием алкоголя.
4. Страх, гнев, раздражительность, апатия.

Профессиональная задача 14 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести, неконтролируемое течение, обострение. Аллергический ринит. ДН 0.
2. Определение IgE, скарификационные пробы, спирометрия с бронходилатационным тестом.
3. В патогенезе БА аллергической формы ключевая роль отводится выработке специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса E, против распространенных экзогенных аллергенов.
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 15 (УК1, УК8)

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. ЭГДС, определение *Helicobacter Pylori*.
3. *Helicobacter Pylori*, отягощенная наследственность, бесконтрольный прием НПВС, стрессы, нарушение диеты, частый прием алкоголя.
4. Страх, гнев, раздражительность, апатия.

Профессиональная задача 16 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма аллергическая форма, впервые выявленная, неконтролируемое течение. Вазомоторный ринит. ДН 2.
2. ФВД, бронходилатационный тест, ЭКГ, проведение скарификационных проб, определение IgE, консультация аллерголога
3. В патогенезе БА аллергической формы ключевая роль отводится выработке специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса Е, против распространенных экзогенных аллергенов.
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 17 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма неаллергическая форма, средней степени тяжести, неконтролируемое течение, обострение. ДН 2.
2. Определение IgE, скарификационные пробы, общий анализ мокроты.
3. В патогенезе БА аллергической формы ключевая роль отводится выработке специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса Е, против распространенных экзогенных аллергенов.
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 18 (УК1, УК8)

1. ИБС. Острый коронарный синдром.
2. ЭКГ (при подъеме сегмента ST-незамедлительное проведение коронароангиографии). Тропонины I и T в динамике, КФК-МВ в динамике, коагулограмма, трансторакальная ЭхоКГ (зоны гипокинеза, акинеза).
3. Инфаркт миокарда- одна из клинических форм ИБС, протекающих с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.
4. В остром периоде может наблюдаться страх смерти. В постинфарктном периоде может быть тревога, чувство безнадежности, депрессия.

Профессиональная задача 19 (УК1, УК8)

1. ИБС. Острый коронарный синдром.
2. ЭКГ (при подъеме сегмента ST-незамедлительное проведение коронароангиографии). Тропонины I и T в динамике, КФК-МВ в динамике, коагулограмма, трансторакальная ЭхоКГ (зоны гипокинеза, акинеза).
3. Инфаркт миокарда- одна из клинических форм ИБС, протекающих с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.
4. В остром периоде может наблюдаться страх смерти. В постинфарктном периоде может быть тревога, чувство безнадежности, депрессия.

Профессиональная задача 20 (УК1, УК8)

1. Бронхиальная астма неаллергическая форма, тяжелой степени тяжести, неконтролируемое течение. ДН 2.

2. Определение IgE, скарификационные пробы, общий анализ мокроты, бронходилатационный тест.
3. В патогенезе БА аллергической формы ключевая роль отводится выработке специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса E, против распространенных экзогенных аллергенов.
4. Зависимость от внешней оценки, меньшая устойчивость к стрессам, пассивная позиция.

Профессиональная задача 21 (УК1, УК8)

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степени, риск ССО 4. Гипергликемия натощак.

III ФК – т.к. приступы появляются при ходьбе на расстояние до 300м; -гипертоническая болезнь III стадии подтверждается наличием ассоциированных клинических состояний (ИБС. Стабильная стенокардия); -II степень гипертонической болезни поставлена на основании повышения АД до 170/100мм.рт.ст.; -риск ССО 4 – т.к. у пациента 2 степень ГБ + ассоциированные клинические состояния (ИБС).

2. Холтеровское мониторирование, велоэргометрия для исключения скрытой ишемии миокарда, трансторакальная эхокардиография. При выявлении скрытой ишемии миокарда- проведение коронароангиографии.

3. Немодифицируемые факторы риска: мужское пол, возраст. Модифицируемые: гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, ожирение, гипергликемия натощак, низкая физическая активность.

4. Депрессии, инсомния.

Профессиональная задача 22 (УК1, УК8)

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК.

II ФК- т.к. ангинозные приступы при умеренной физ.нагрузке.

2. Холтеровское мониторирование, велоэргометрия для исключения скрытой ишемии миокарда, липидный спектр (общий холестерин, ЛНП, ЛПВП, триглицериды).

3. Немодифицируемые факторы риска: мужской пол, возраст, отягощенная наследственность. Модифицируемые: артериальная гипертензия, низкая физическая активность.

4. Депрессии, инсомния.

Профессиональная задача 23 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет 2 тип, декомпенсация. Гиперосмолярная кома.

2. Необходима консультация невролога для исключения нарушения мозгового кровообращения.

3. Обезвоживание - употребление мочегонных, недостаточное потребление жидкости при жажде, пожилой возраст, нерегулярный прием гипогликемических препаратов.

4. Психозы, делирий.

Профессиональная задача 24 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет 1 тип, тяжелая форма. Диабетический гепатоз. Гипогликемическая кома.

2. Согласовать лечение с невропатологом.

3. Применение высоких доз инсулина.

4. При выходе из гипогликемической комы могут быть психозы.

Профессиональная задача 25 (УК1, УК8)

1. Диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней тяжести. Офтальмопатия.

2. УЗИ щитовидной железы, ТТГ и свободный Т4 в динамике на фоне терапии.

3. Стресс, аутоиммунные факторы.

4. Дисфория, тревога, инсомния, депрессия.

Профессиональная задача 26 (УК1, УК8)

1. Хронический билиарно-зависимый панкреатит, паренхиматозный, болевая форма с нарушением внутрисекреторной функции, обострение.
2. УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС с биопсией, определение титра антител к *H. pylori*, копрограмма, кал на скрытую кровь, определение нейтрального жира в кале.
3. Билиарный панкреатит может возникнуть при ЖКБ, аномалиях строения протоков, патологии фатерова сосочка. Спровоцировать обострение хронического панкреатита может нарушение диеты.
4. Тревога, инсомния.

Профессиональная задача 27 (УК1, УК8)

1. Гипертоническая болезнь I стадии, 3 степени, риск ССО4.
2. Определение альбумина в моче, креатинина в крови (расчет СКФ), УЗИ сонных артерий. Для гипертонической нефропатии характерны микроальбуминурия, повышение креатинина плазмы, снижение СКФ.
3. В основе патогенеза гипертонической болезни лежит повышение ОПСС, обусловленного спазмом периферических сосудов, увеличение МОС, влияние системы РААС.
4. Склонность к депрессивным состояниям, перфекционизм, самокритичность, недоверчивость.

Профессиональная задача 28 (УК1, УК8)

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора.
2. Общий анализ и биохимический (АСТ, АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза) анализ крови, копрограмма, кал на дисбактериоз и скрытую кровь, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия, консультация гинеколога.
3. Причины развития до конца не изучены. Предположено, что СРК является психосоматическим заболеванием.
4. Тревога, депрессия, инсомния.

Профессиональная задача 29 (УК1, УК8)

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, впервые выявленная.
2. Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией. Диагностика *Helicobacter Pylori*: гистологическое исследование биоптатов.
3. *Helicobacter Pylori*, отягощенная наследственность, бесконтрольный прием НПВС, стрессы, нарушение диеты, частый прием алкоголя.
4. Страх, гнев, раздражительность, апатия.

Профессиональная задача 30 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет.
2. Для уточнения типа необходимо тщательнее собрать анамнез, провести гликемический профиль, определение гликированного гемоглобина, секреции инсулина.
3. При сахарном диабете 1 типа отмечается абсолютный дефицит инсулина. При сахарном диабете 2 типа - относительная инсулиновая недостаточность.
4. Депрессия, эмоциональное выгорание и расстройства пищевого поведения чаще всего встречаются у пациентов с сахарным диабетом.

Профессиональная задача 31 (УК1, УК8)

1. Клинический (манифестный) гипотиреоз. Легкая степень анемии.
2. Ат к тиреоидной пероксидазе в крови, УЗИ щитовидной железы
3. Чаще всего хронический аутоиммунный тиреоидит.
4. Диссомнические расстройства.

Профессиональная задача 32 (УК1, УК8)

1. Тиреотоксикоз манифестный (Болезнь Грейвса), тяжелое течение.
2. ТТГ, свободный Т4, АТ рТТГ
УЗИ щитовидной железы, ЭКГ.
3. Чаще всего аутоиммунные заболевания в анамнезе,
4. Тревога, дисфория, когнитивные нарушения.

Профессиональная задача 33 (УК1, УК8)

1. Ожирение II ст. (ИМТ=36,5). Артериальная гипертензия 2 ст.
2. ТТГ, св. Т4, пролактин, общий тестостерон.
3. Первичное ожирение (экзогенно-конституциональное)- переедание и снижение энергозатрат и вторичное (симптоматическое)- рост массы тела из-за заболеваний.
4. Тревожные и аффективные расстройства.

Профессиональная задача 34 (УК1, УК8)

1. Нарушенная гликемия натощак. Ожирение I ст. (ИМТ=34).
2. БХАК (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, общий билирубин, амилаза), УЗИ ОБП.
3. Первичное ожирение (экзогенно-конституциональное)- переедание и снижение энергозатрат и вторичное (симптоматическое)- рост массы тела из-за заболеваний.
4. Тревожные и аффективные расстройства.

Профессиональная задача 35 (УК1, УК8)

1. Сахарный диабет 2 тип. Ожирение III ст. (ИМТ = 40,7). Артериальная гипертензия 3 ст. ХСН 2Б.
2. Повторный глюкозотолерантный тест, рентгенография ОГК для исключения венозного застоя, натрий-уретический пептид.
3. Ожирение, артериальная гипертония, дислипидемия способствуют развитию сахарного диабета 2 типа.
4. Депрессии, снижение концентрации внимания.

ЗАДАНИЯ ОТКРЫТОГО ТИПА

1. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ОБРАТИМОЙ (СПОНТАННО ИЛИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛЕЧЕНИЯ) ОБСТРУКЦИЕЙ И ФЕНОМЕНОМ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ – ЭТО:

Эталон ответа: бронхиальная астма

Компетенции УК1, УК8

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Эталон ответа: болевая

Компетенции УК1, УК8

3. НАЗОВИТЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:
ФАКТОРЫ:

Эталон ответа: атопия и отягощенная наследственность

Компетенции УК1, УК8

4. ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС ЯВЛЯЮТСЯ:

Эталон ответа: артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение

Компетенции УК1, УК8

5. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ ТИПА А ОБУСЛОВЛЕН:

Эталон ответа: выработкой антител к обкладочным клеткам желудка

Компетенции УК1, УК8

6. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

Эталон ответа: тромбоз коронарной артерии

Компетенции УК1, УК8

7. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

Эталон ответа: вирусного гепатита

Компетенции УК 1, УК 8

8. ДАННЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ КРИТЕРИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В:

Эталон ответа: повышенный титр антител класса IgG к *Helicobacter pylori*

Компетенции УК1, УК8

9.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ:

Эталон ответа: ЭГДС

Компетенции УК1, УК8

10. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ II СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Эталон ответа: наличием бессимптомного поражения органов-мишеней, в том числе гипертрофии миокарда левого желудочка

Компетенции УК1, УК8

11. АУТОИММУННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ:

Эталон ответа: сахарного диабета 1 типа

Компетенции УК1, УК8

12. ДЛЯ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

Эталон ответа: симптомы астмы реже 1 раза в неделю

Компетенции УК1, УК8

13. ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST:

Эталон ответа: обязательно определение активности ферментов

Компетенции УК1, УК8

14. КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

Эталон ответа: при повторном инфаркте

Компетенции УК1, УК8

15. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

Эталон ответа: инсулинорезистентности и относительного дефицита инсулина

Компетенции УК1, УК8

16. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Эталон ответа: потеря веса, креато-стеаторея

Компетенции УК1, УК8

17. ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:

Эталон ответа: синдроме раздраженной кишки

Компетенции УК1, УК8

18. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С АГ 1-Й СТЕПЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

Эталон ответа: проводить мероприятия по изменению образа жизни и коррекции факторов риска

Компетенции УК1, УК8

19. НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА (ОБОСТРЕНИЯ, УГРОЖАЮЩЕГО ЖИЗНИ):

Эталон ответа: передозировка β 2-адреномиметиков

Компетенции УК1, УК8

20. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ КОРОТКОЙ (МЕНЕЕ ОДНОГО ЧАСА) ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

Эталон ответа: съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов

Компетенции УК1, УК8

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОТКРЫТОГО ТИПА ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

«Отлично»	«Хорошо»	«Удовлетворительно»	«Неудовлетворительно»
Количество положительных ответов 90% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 71% до 89,9% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 60% до 69,9% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 60% максимального балла теста

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ И УКАЖИТЕ ЕГО В ВИДЕ НОМЕРА.
НАПРИМЕР: b

21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

- a) = до 30 лет
- b) ~ до 40 лет
- c) ~ до 60 лет
- d) ~ старше 60 лет

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

22. НАЗОВИТЕ ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

- a) ~ аллергены
- b) ~ холодный воздух
- c) ~ наследственность
- d) = все перечисленное

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

23. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- a) = ежедневные симптомы астмы.
- b) ~ симптомы астмы 1 раз неделю.
- c) ~ ночные симптомы более 1 раз в неделю.
- d) ~ ОФВ1-60-80%.

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

24. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ АСТ
- b) = тропонины I и T
- c) ~ КФК
- d) ~ ЛДГ

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

25. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ:

- a) ~ синусовая тахикардия
- b) ~ увеличение частоты дыхания
- c) ~ приглушение тонов
- d) = все перечисленное

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

26. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Q- ОБРАЗУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- a) ~ очаг некроза только в сосочковых мышцах
- b) = некроз всей толщи миокарда
- c) ~ фибринозный перикардит
- d) ~ только субэндокардиальные участки некроза

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ разрыв межжелудочковой перегородки
- b) ~ отрыв папиллярных мышц
- c) ~ разрыв сухожильных хорд
- d) = дисфункция папиллярных мышц

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

28. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- a) ~ эпизоды свистящих хрипов
- b) ~ приступы удушья
- c) = боль в области сердца
- d) ~ кашель

Эталон ответа: c

Компетенции: УК 1, УК 8

29. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ:

- a) = резкое снижение сократительной функции левого желудочка вследствие поражения большого объема миокарда
- b) ~ стрессовая реакция на боль
- c) ~ артериальная гипотензия
- d) ~ гиповолемия

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

30. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- a) ~ ограничение физической активности
- b) ~ ежедневные симптомы астмы, частые обострения
- c) ~ ОФВ1 < 60%
- d) = ОФВ1 — 60-80%

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

31. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ:

- a) = синдром Дресслера
- b) ~ отек легких
- c) ~ разрыв межжелудочковой перегородки
- d) ~ кардиогенный шок

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

32. КФК-МВ НАЧИНАЕТ ПОВЫШАТЬСЯ ЧЕРЕЗ:

- a) ~ 2 часа после начала ОИМ
- b) = 4-8 часов
- c) ~ к концу первых суток
- d) ~ через 12 часов

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

33. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

- a) ~ жесткое дыхание, свистящие хрипы
- b) ~ ослабленное дыхание, влажные хрипы
- c) = «немое легкое»
- d) ~ везикулярное дыхание

Эталон ответа: c

Компетенции: УК1, УК8

34. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ перкуторное определение границ относительной сердечной тупости
- b) ~ рентгенография органов грудной клетки
- c) = ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях
- d) ~ определение в крови предсердного натрийуретического пептида

Эталон ответа: c

Компетенции: UK1, UK8

35. К ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:

- a) = высокий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)
- b) ~ низкий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)
- c) ~ злоупотребление алкоголем
- d) ~ наличие висцерального ожирения

Эталон ответа: a

Компетенции: UK1, UK8

36. К ЭНДОГЕННЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ НЕ ОТНОСЯТ:

- a) ~ наследственная предрасположенность (атопия)
- b) = пищевые аллергены
- c) ~ генетические факторы
- d) ~ гиперреактивность бронхов

Эталон ответа: b

Компетенции: UK1, UK8

37. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С АГ, ПОЛУЧАЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ СНИЖАТЬ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД ДО ЗНАЧЕНИЙ:

- a) ~ менее 130 мм рт.ст
- b) = менее 140 мм рт.ст
- c) ~ на 10% от максимальных значений для пациента
- d) ~ на 20% от максимальных значений для пациента

Эталон ответа: b

Компетенции: UK1, UK8

38. ОСНОВНЫМИ МЕДИАТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЮТСЯ, ВСЕ КРОМЕ:

- a) ~ гистамин
- b) ~ интерлейкины (IL)
- c) ~ простагландины

d) = ацетилхолин

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

39. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С АГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ДО:

- a) ~ менее 12 г/сут
- b) ~ менее 10 г/сут
- c) ~ менее 3 г/сут
- d) = менее 5 г/сут

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

40. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:

- a) ~ 15%
- b) ~ 20%
- c) = 45%
- d) ~ 55%

Эталон ответа: c

Компетенции: УК1, УК8

41. ДИСПЕПСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

- a) ~ повышением внутрибрюшного давления
- b) = понижением кислотности желудочного сока
- c) ~ сдавлением левого главного бронха
- d) ~ уменьшением продукции внутреннего фактора Кастла

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

42. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- a) ~ ишемический инсульт
- b) ~ геморрагический инсульт
- c) = астматический статус
- d) ~ инфаркт миокарда

Эталон ответа: c

Компетенции: УК1, УК8

43. ДЛЯ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- a) ~ вздутие живота
- b) = изменения на рентгенограмме грудной клетки
- c) ~ нарушение легочной вентиляции
- d) ~ чувство раннего насыщения

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

44. К ФАКТОРАМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТА С АГ ОТНОСЯТСЯ:

- a) ~ возраст у женщин 65 лет и старше
- b) ~ возраст у мужчин 55 лет и старше
- c) ~ мужской пол
- d) = все перечисленное верно

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

45. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ ТИПА С ОБУСЛОВЛЕН:

- a) ~ вирусным поражением слизистой желудка
- b) ~ приемом антибактериальных препаратов
- c) ~ приемом обильной холодной пищи
- d) = химическими агентами, в том числе, желчью

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

46. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭГДС У БОЛЬНОГО С АУТОИММУННЫМ ГАСТРИТОМ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ:

- a) = тела и дна желудка
- b) ~ антрального отдела желудка
- c) ~ терминального отдела пищевода
- d) ~ начальной части двенадцатиперстной кишки

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

47. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ СНИЖАТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АД ДО ЗНАЧЕНИЙ:

- a) ~ 60-69 мм рт.ст
- b) = 70-79 мм рт.ст
- c) ~ 80-89 мм рт.ст
- d) ~ диастолическое АД не является мишенью антигипертензивной терапии

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

48. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ III СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a) = наличием ассоциированных клинических состояний, в том числе сахарного диабета с поражением органов-мишеней
- b) ~ наличием бессимптомного поражения органов-мишеней, в том числе гипертрофии миокарда левого желудочка
- c) ~ отсутствием поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, с наличием факторов риска
- d) ~ отсутствием поражения органов-мишеней и наличием ассоциированных клинических состояний

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

49. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ – ЭТО:

- a) ~ прогрессирующая атрофия с нарушением секреторной, моторной и инкреторной функции
- b) ~ хроническое воспаление слизистой оболочки 12-перстной кишки
- c) ~ хроническое воспаление слизистой оболочки желудка
- d) = хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с перестройкой ее структуры и прогрессирующей атрофией, нарушениями секреторной, моторной и инкреторной функции

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

50. СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- a) ~ через 1,5-2 года от начала СД
- b) = с момента установления диагноза диабета
- c) ~ через полгода от начала СД
- d) ~ через 5 лет от начала СД

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

51. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ БЕЗ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА И РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ГИПОГЛИКЕМИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ _____%:

- a) ~ 6,5
- b) = 7,0
- c) ~ 7,5
- d) ~ 8,0

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

52. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ИЗМЕНЕНИЯ КОТОРОГО ПРИВОДЯТ К СТОЙКОМУ И ДЛИТЕЛЬНОМУ ПОДЪЕМУ АД, ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) = повышение общего периферического сопротивления
- b) ~ снижение общего периферического сопротивления
- c) ~ снижение сердечного выброса
- d) ~ увеличение скорости пульсовой волны

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

53. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

- a) = гипогликемических состояниях
- b) ~ вторичной резистентности к пероральным препаратам
- c) ~ гестационном диабете
- d) ~ сахарном диабете 1 типа

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

54. К КОМПОНЕНТАМ ПРЕССОРНЫХ СИСТЕМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- a) ~ адреналин
- b) ~ альдостерон
- c) ~ ренин
- d) = брадикинин

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

55. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, КОТОРОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л:

- a) = 11,1
- b) ~ 6,1
- c) ~ 9,7
- d) ~ 15

Эталон ответа: а

Компетенции: УК1, УК8

56. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОЗЫ ПЕЧЕНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- a) = метформин
- b) ~натеглинид
- c) ~ глибенкламид
- d) ~ акарбозу

Эталон ответа: а

Компетенции: УК1, УК8

57. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ В КАЛЕ:

- a) ~ стеркобилина
- b) ~скрытой крови
- c) = нейтрального жира
- d) ~билирубина

Эталон ответа: с

Компетенции: УК1, УК8

58. СТИМУЛЯТОРОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ инсулин
- b) ~ соматостатин
- c) ~ гастрин
- d) =панкреозимин

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

59. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a) = хронического панкреатита
- b) ~болезни Крона
- c) ~синдрома раздраженной кишки
- d) ~болезни Крона

Эталон ответа: а

Компетенции: УК1, УК8

60. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ:

- а) ~ иррадиация болей в нижнюю челюсть
- б) ~возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
- с) = длительность болей 40 мин и более
- д) ~выявление стеноза коронарной артерии

Эталон ответа: с

Компетенции: УК1, УК8

61. ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС, КРОМЕ:

- а) = повышения уровня липопротеинов высокой плотности
- б) ~ сахарный диабет
- с) ~ артериальная гипертония
- д) ~ курение

Эталон ответа: а

Компетенции: УК1, УК8

62. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ:

- а) ~увеличение потребности миокарда в кислороде
- б) ~повышение температуры тела
- с) ~увеличение числа дыхательных движений
- д) = несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

63. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ИЗ СЕБЯ СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА:

- а) ~ разрыв межжелудочковой перегородки
- б) ~ разрыв межпредсердной перегородки
- с) = аутоиммунная реакция
- д) ~ отрыв сосочковой мышцы

Эталон ответа: с

Компетенции: УК1, УК8

64. ДЛЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ:

- a) ~артерий крупного калибра
- b) ~артерий среднего калибра
- c) ~брюшной аорты
- d) = легочной артерии

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

65. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- a) = болевой и диспепсический синдром
- b) ~ гипертонический синдром
- c) ~интоксикационный
- d) ~гепатолиенальный

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

66. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- a) ~метеоризм
- b) ~отрыжка тухлым
- c) = боль в эпигастральной области
- d) ~понос

Эталон ответа: c

Компетенции: УК1, УК8

67. ВЫРАБОТКА КАКИХ АНТИТЕЛ ПРОИСХОДИТ В ОТВЕТ НА ПОПАДАНИЕ АЛЛЕРГЕНА ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БА

- a) ~IgA
- b) = IgE
- c) ~ IgM
- d) ~IgG

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ продукты питания
- b) = домашняя пыль
- c) ~ инфекции

d) ~ вирусы

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

69. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ БА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- a) ~ бактериальным
- b) = эозинофильным
- c) ~ вирусным
- d) ~ нейтрофильным

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

70. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~ ФГДС
- b) ~ дуоденальное зондирование
- c) = УЗИ поджелудочной железы
- d) ~ ирригоскопия

Эталон ответа: c

Компетенции: УК1, УК8

71. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a) = судорожным синдромом
- b) ~ гипотонией мышц
- c) ~ резкой дегидратацией
- d) ~ диабетическим румянцем

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

72. НАЛИЧИЕ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ (50 ММОЛЬ/Л И БОЛЕЕ) = ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КОМЫ:

- a) = гиперосмолярной
- b) ~ гиперлактацидемической
- c) ~ гипогликемической
- d) ~ кетоацидотической

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

73.ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) ~цирроз печени
- b) ~язвенная болезнь
- c) ~гастродуоденит
- d) = сахарный диабет

Эталон ответа: d

Компетенции: УК1, УК8

74.ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ:

- a) = повышены
- b) ~ снижены
- c) ~ отсутствие изменения уровня
- d) ~ резистентность тканей к действию

Эталон ответа: a

Компетенции: УК1, УК8

75.АМИЛОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ:

- a) ~ гастрите
- b) = панкреатите
- c) ~ гепатите
- d) ~ холецистите

Эталон ответа: b

Компетенции: УК1, УК8

76. В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ НЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ АЛИМЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ

- a) ~ переедания
- b) ~ питания в основном во второй половине суток
- c) = избыточного употребления клетчатки
- d) ~ избыточного употребления животных жиров

Эталон ответа: c

Компетенции УК1, УК8

77. ОЖИРЕНИЕ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- a) ~ гипотиреоза

- b) ~ болезни Иценко-Кушинга
- c) = гипокортицизма
- d) ~ гипогонадизма

Эталон ответа: c

Компетенции УК1, УК8

78. ОЖИРЕНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- a) ~ переедания (избытка поступления энергии в организм)
- b) ~ снижения энергетических расходов (снижения двигательной активности)
- c) ~ снижения липолиза
- d) = частого низкокалорийного питания

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

79. ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:

- a) ~ быстрого чрезмерного нарастания в течение нескольких месяцев массы тела
- b) ~ булемии
- c) ~ полидипсии
- d) = медленного нарастания массы тела

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

80. ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ:

- a) ~ сахарного диабета
- b) ~ ишемической болезни сердца
- c) ~ гипертонической болезни
- d) = гипотонии

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

81. ДЛЯ II СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ИМТ:

- a) ~ 18,5-24,5
- b) ~ больше 40
- c) ~ 30,0- 34,5
- d) = 35,0-39,9

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

82. ДИЕТА БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- a) ~ уменьшения количества углеводов для снижения калорийности пищи
- b) ~ достаточного содержания белков для предупреждения белкового голодания и понижения чувства голода
- c) = сниженного содержания белков

- d) ~ витаминов и микроэлементов в пределах физиологических норм

Эталон ответа: с

Компетенции УК1, УК8

83. БОЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- a) ограничения калорийности до 1200 ккал в сутки
- b) проведения 1-2 раза в неделю разгрузочных дней (600-700 ккал в сутки) с 5-6-кратным приемом пищи
- c) ограничения приема жидкости до 1 литра в сутки
- d) приема алкоголя

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

84. ОШИБОЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ L-ТИРОКСИНА (БЕЗ ПОКАЗАНИЙ), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ВЫЗЫВАЕТ:

- a) ~ брадикардию
- b) ~ электролитные сдвиги
- c) ~ бесплодие
- d) = тиреотоксикоз

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

85. НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- a) ~спорадический зоб
- b) ~эпидемический зоб
- c) ~диффузный токсический зоб
- d) = эндемический зоб

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

86. ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- a) ~сухости кожных покровов
- b) ~депрессии
- c) ~потери массы тела
- d) = сонливости

Эталон ответа: с

Компетенции УК1, УК8

87. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- a) ~определение концентрации Т4
- b) ~определение концентрации Т3
- c) = определение концентрации ТТГ, свТ4
- d) ~исследование поглощения радиоактивного йода

Эталон ответа: с

Компетенции УК1, УК8

88. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕННОЙ, ЕСЛИ V ЩЖ У МУЖЧИН БОЛЕЕ:

- a) = 25мл
- b) ~16мл
- c) ~36 мл
- d) ~18 мл

Эталон ответа: a

Компетенции УК1, УК8

89. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕННОЙ, ЕСЛИ V ЩЖ У ЖЕНЩИН НЕ БОЛЕЕ:

- a) ~25мл
- b) ~16мл
- c) ~36 мл
- d) = 18 мл

Эталон ответа: d

Компетенции УК1, УК8

90. Больная 40 лет обратилась к врачу по поводу неравномерного увеличения шеи. В течение последних месяцев отмечает общую слабость, быструю утомляемость. Объективно: кожные покровы бледно-желтые, сухие. На лице и нижних конечностях плотные отеки. Брадикардия. В анализе крови - нормохромная анемия, гиперхолестеринемия.

КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА:

- a) ~сканирование щитовидной железы с технецием-99
- b) = определение концентрации Т4, ТТГ, антител к ТПО
- c) ~определение концентрации Т4 в сыворотке крови
- d) ~определение концентрации Т3, Т4, антител к тиреоглобулину

Эталон ответа: b

Компетенции УК1, УК8

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕСТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

«Отлично»	«Хорошо»	«Удовлетворительно»	«Неудовлетворительно»
Количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 70% максимального балла теста