

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НЕГОВСКОГО»
(ФГБНУ «НИИОР»)**

Приложение 1

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

Внутренние болезни

Наименование дисциплины(модуля)

31.08.02 Анестезиология и реаниматология

Код и наименование специальности/направления подготовки

Очная

Форма обучения

Врач-анестезиолог-реаниматолог

Квалификация выпускника

УТВЕРЖДЕН
на заседании Учёного совета ФГБНУ «НИИОР»

Протокол №

9

Номер протокола

09 июня 2015г

Дата

Директор НИИОР

Подпись

В.В. Мороз

ФИО



Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине (модулю)

➤ Внутренние болезни

Название дисциплины и модуля

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины (модуля)

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Этап формирования компетенции
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Промежуточный
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Промежуточный
ПК-6	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий	Промежуточный
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Промежуточный
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Промежуточный

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№	Контролируемые разделы (темы) дисциплины(модуля)	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1.	Патология органов дыхания	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи (устно)
2.	Патология сердечно-сосудистой системы	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
3.	Болезни желудочно-кишечного тракта	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
4.	Патология печени, поджелудочной железы	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
5.	Патология почек	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
6.	Системные заболевания	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
7.	Гематология и болезни сосудов	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)
8.	Эндокринология	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Тестовые задания (письменно) Ситуационные задачи(устно)

3. Контрольные задания и иные материалы**Тестовые задания**

1. Укажите локализацию источника кровотечения, если кровь в виде сгустков или прожилков располагается на поверхности каловых масс:

- А) подвздошная кишка
Б) слепая кишка

- В) правая половина ободочной кишки
 - Г) левая половина ободочной кишки
 - Д) прямая кишка
- 2.** Какие лабораторные показатели соответствуют диагнозу железодефицитной анемии:
- А) гипохромная анемия
 - Б) ретикулоцитопения
 - В) микросфероцитоз
 - Г) повышение общей железосвязывающей способности сыворотки
 - Д) положительная десфераловая проба
- 3.** Какие критерии соответствуют диагнозу аутоиммунной гемолитической анемии:
- А) микросфероциты
 - Б) гипербилирубинемия
 - В) положительная проба Хема
 - Г) положительная проба Кумбса
 - Д) определение фетального гемоглобина
- 4.** Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:
- А) гипертромбоцитоз
 - Б) лейкоцитоз
 - В) увеличение СОЭ
 - Г) высокий цветной показатель
 - Д) лимфоцитоз
- 5.** Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:
- А) локтевых суставах
 - Б) плечевых суставах
 - В) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
 - Г) коленных суставах
 - Д) голеностопных суставах
- 6.** При анафилактическом шоке показано:
- А) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов
 - Б) подкожное введение аминазина
 - В) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина
 - Г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма
 - Д) дегидратационная терапия
- 7.** Основным рентгенологическим симптомом пневмоторакса:
- А) коллапс легкого
 - Б) наличие воздуха в плевральной полости
 - В) смещение средостения в здоровую сторону
 - Г) повышение прозрачности легочного поля
 - Д) исчезновение сосудистого рисунка
- 8.** Для обострения язвенной болезни наиболее типичен следующий симптом:
- А) озноб, тошнота, живот мягкий, слегка болезненный при пальпации
 - Б) боль в эпигастриальной области, язык обложен белым налетом, влажный или суховат
 - В) резкие "кинжальные" боли в эпигастрии, рвота
 - Г) боли по всему животу, рвота, притупление в отлогих местах
 - Д) боль в эпигастрии, иррадиирующая в поясницу, рвота
- 9.** Минимальный уровень гликемии натощак, по которому диагностируется сахарный диабет:
- А) уровень гликемии натощак 7,8 ммоль/л
 - Б) уровень гликемии натощак 5,5 ммоль/л
 - В) уровень гликемии натощак 5,8 ммоль/л
 - Г) уровень гликемии натощак 6,7 ммоль/л
 - Д) уровень гликемии натощак 6,1 ммоль/л
- 10.** Симптом, выявляемый наиболее часто, и обнаруживаемый первым при неспецифическом язвенном колите:
- А) рвота
 - Б) боли в животе
 - В) частый стул, с примесью крови
 - Г) боли в суставах

Д) кожные высыпания

11. Телеангиэктазии губ, языка, слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта в сочетании с желудочным кровотечением характерны для:

А) болезни Вебера-Рандю-Ослера

Б) синдрома Мэллори-Вейсса

В) цинги

Г) геморрагического гастрита

Д) болезни Верльгофа

12. Активность, каких клеток в очаге воспаления вызывает повреждение ткани:

А) В-лимфоциты

Б) Т-киллеры

В) фолликулярные отростчатые клетки

Г) нейтрофилы

Д) МК-клетки

13. Мужчина 59 лет потерял сознание дома. Жалуется боли за грудиной, сжимающего характера. На ЭКГ - подъем сегмента ST в I aVL, V2-V6 отведениях, АД 100/70 мм рт. Предположительный диагноз:

А) обширный инфаркт миокарда

Б) брадикардия

В) вазовагальный синдром

Г) транзиторная ишемическая атака в бассейне вертебробазиллярной артерии

Д) тромбоэмболия легочной артерии

14. "Вялая" пульсация сердца (снижение амплитуды систолодиастолических движений миокарда) наблюдается при:

А) митральном стенозе

Б) миокардите

В) дефекте межжелудочковой перегородки

Г) гипертонической болезни

Д) обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

15. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

А) локализация язвы

Б) величина язвы

В) отсутствие хронического рецидивирующего течения

Г) кровотечение

Д) частая пенетрация

16. Признак, отличающий болезнь Крона от язвенного колита:

А) диарея

Б) боли в животе

В) кровь в кале

Г) образование наружных и внутренних свищей

Д) лихорадка

17. Укажите механизм, который лежит в основе патогенеза острого гломерулонефрита:

А) иммунокомплексный

Б) антительный (антитела к базальной мембране клубочков)

В) токсическое повреждение почек

Г) дистрофические изменения

Д) ишемический

18. Непрямой массаж сердца у взрослых проводится в ритме:

А) 10-20 надавливаний в минуту

Б) 30-50 надавливаний в минуту

В) 60-80 надавливаний в минуту

Г) 90-120 надавливаний в минуту

Д) свыше 120 надавливаний в минуту

19. При лечении легкой степени неспецифического язвенного колита препаратом выбора является:

А) месалазин

Б) преднизолон

В) смекта

Г) омепразол

Д) трихопол

20.Какой из ферментов считают наиболее важным в патогенезе некротического панкреатита?

А) фосфолипаза А

Б) эластаза

В) трипсин

Г) липаза

Д) амилаза

21.Мужчина 29 лет, в течение 6 месяцев – понос; 6-8 раз в сутки, слабость, лихорадка. Периодические боли и напряжение в правом нижнем квадранте живота. Наиболее вероятный диагноз:

А) карциноидный синдром

Б) болезнь Крона

В) синдром раздраженного кишечника

Г) недостаточность pancreas

Д) амебиаз

22.У мужчины 21 год похудание и периодически жидкий стул с кровью. При колоноскопии выявлено воспаление и контактная кровоточивость слизистой от прямой кишки до середины поперечно-ободочной. Биопсия: острое и хроническое воспаление, ограниченное слизистой оболочкой. Наиболее вероятный диагноз:

А) амебиаз

Б) болезнь Крона

В) сальмонеллезный энтероколит

Г) неспецифический язвенный колит

Д) иерсиниозный энтероколит

23.У больного с постгепатитным циррозом печени отмечено быстрое увеличение размеров печени и резкое нарушение ее функций. Увеличение какого показателя сыворотки крови наиболее вероятно?

А) α 1-антитрипсин

Б) карциноэмбриональный антиген

В) хорионический гонадотропин

Г) α -фетопротеин

Д) гастрин

24.Больная 21 года, жалобы на периодические сердцебиения, чувство неполного вдоха, приступы коликообразных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом со слизью. Приступы провоцируются психоэмоциональным перенапряжением. При осмотре: больная обычного питания, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Ректороманоскопия; патологии не отмечено. Предположительный диагноз:

А) болезнь Крона

Б) хронический энтероколит

В) синдром раздраженной толстой кишки

Г) пищевая токсикоинфекция

Д) неспецифический язвенный колит

25.Больная 19 лет, по поводу ОРЗ, насморка и субфебрилитета получала ампициллин по 0,5 - 4 раза в день, в течение 5 дней. Через 4 дня возник рецидив лихорадки до 37,8°C и появилась желтушность склер. Печень на 2-3 см ниже края реберной дуги, слегка болезненна. Анализ крови - норма, эпидемиологический анамнез не отягощен. Какой диагноз наиболее вероятен?

А) дискинезия желчных путей

Б) вирусный гепатит

В) хронический холецистит

Г) лекарственный гепатит

Д) гемолитическая желтуха

26.Подберите характерные признаки первичного билиарного цирроза:

А) раннее развитие желтухи и позднее - портальной гипертензии

Б) раннее поражение ЦНС

В) раннее развитие портальной гипертензии и позднее - желтухи и печеночной недостаточности

Г) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щелочной фосфатазы

Д) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

27.Подберите характерные признаки алкогольного цирроза печени:

- А) раннее развитие желтухи и позднее - портальной гипертензии
- Б) раннее поражение ЦНС
- В) раннее развитие портальной гипертензии и позднее - желтухи и печеночной недостаточности
- Г) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щелочной фосфатазы
- Д) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

28.Подберите соответствующие характеристики печеночно-клеточной желтухи:

- А) кожный зуд и светлый кал
- Б) нерезкая желтуха без зуда, с нормальной окраской мочи
- В) лихорадка с ознобом, темный цвет мочи
- Г) выраженные синдромы цитолиза, воспаления и темная моча
- Д) микросфероцитоз и снижение осмотической стойкости эритроцитов

29.Какой из перечисленных симптомов наиболее рано появляется при билиарном циррозе печени?

- А) кровоточивость десен
- Б) увеличение селезенки
- В) кожный зуд
- Г) повышение АСТ и АЛТ
- Д) снижение уровня холинэстеразы

30.Что является неверным в отношении клинических проявлений болезни Крона?

- А) боли в животе
- Б) пальпируемые образования в животе
- В) явления мальабсорбции
- Г) узловатая эритема
- Д) запоры

31.Подберите соответствующие характеристики синдрома Жильбера:

- А) кожный зуд и светлый кал
- Б) нерезкая желтуха без зуда, с нормальной окраской мочи
- В) лихорадка с ознобом, темный цвет мочи
- Г) выраженные синдромы цитолиза, воспаления и темная моча
- Д) микросфероцитоз и снижение осмотической стойкости эритроцитов

32. Для поноса тонкокишечного типа характерно все следующее, кроме:

- А) стул 1-2 раза в сутки
- Б) кашицеобразная консистенция
- В) примесь непереваренных остатков пищи
- Г) примесь слизи, и/или крови
- Д) боли в околопупочной области

33.Больной 33 лет 5 лет назад перенес вирусный гепатит. При осмотре: иктеричность склер, печень увеличена незначительно, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Анализ крови: общий билирубин - 36,6 мкм/л, непрямой - 31,5 мкм/л, АСТ, АЛТ, ЩФ в норме. Предположительный диагноз?

- А) хронический активный гепатит
- Б) холангит
- В) цирроз печени
- Г) постгепатитная гипербилирубинемия
- Д) хронический холестатический гепатит

34.Понос может быть следствием поражения:

- А) желудка
- Б) поджелудочной железы
- В) тонкой кишки
- Г) толстой кишки
- Д) всех перечисленных

35.Укажите возбудитель заболевания с внутриклеточным паразитированием:

- А) стафилококк
- Б) микоплазма
- В) пневмококк
- Г) клебсиелла

36.Самым частым осложнением антибактериальной терапии является:

- А) дисбактериоз кишечника

- Б) токсический гепатит
- В) снижение слуха
- Г) потеря зрения
- Д) вялые параличи

37. Больная 19 лет отмечает лихорадку до 38,2°C, слабость, боли в горле. При обследовании: увеличение шейных лимфоузлов и селезенки. Лейкоциты - 5000, из них 80% лимфоцитов, многие из которых атипичные. АСТ - 200 ед. Билирубин, щелочная фосфатаза - в норме. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- А) острый лейкоз
- Б) дефицит Д-б-ФДГ
- В) инфекционный мононуклеоз
- Г) гипотиреоз
- Д) милиарный туберкулез

38. Мужчина 19 лет обратился по поводу общей слабости и лихорадки до 38,5°C. При обследовании: выраженная бледность кожи и слизистых, петехальные геморрагии на коже голеней. Какое исследование наиболее важно?

- А) полный анализ крови
- Б) определение времени кровотечения и свертывания
- В) стерильная пункция
- Г) электрофорез гемоглобина
- Д) посев крови.

39. У больного 16 лет с желтухой активность печеночных ферментов не повышена, проба Кумбса отрицательная, осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Какая форма эритроцитов наиболее вероятна?

- А) овалоциты
- Б) макроциты
- В) сфероциты
- Г) мишеневидные
- Д) серповидные

40. Больной 25 лет студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил небольшую желтушность, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличенная селезенка. Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - 3 млн/мл, цветной показатель - 0,9, ретикулоциты - 2,0%, в остальном без особенностей. Общий билирубин - 60 мкмоль/л, прямой - 8 мкмоль/л, железо сыворотки - 13 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок - 0,002%, реакция на гемосидерин в моче - отрицательная. Проба Хема отрицательная. Проба Кумбса +++ . Каков предположительный механизм выявленной анемии?

- А) энзимдефицитная гемолитическая анемия
- Б) наследственный сфероцитоз
- В) аутоиммунная гемолитическая анемия с внутриклеточным гемолизом
- Г) аутоиммунная гемолитическая анемия с внутрисосудистым гемолизом
- Д) болезнь Маркиафавы-Микеле

Ситуационные клинические задачи

Задача 1

Девушка 18 лет, поступила по поводу отеков на голених и общей слабости. Три года назад были поносы, находили анемию, назначенное лечение (диета) соблюдала нерегулярно. Отеки появились 3 недели назад.

Объективно: пониженного питания (рост 165 см, масса тела 46 кг), бледная. Отеки голеней и стоп мягкие, болезненные, без признаков воспаления. Пульс 100/мин, на верхушке систолический шум без иррадиации. АД 100/75 мм рт. ст.

Анализ крови: Нв 90 г/л, железо 6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л, натрий 144 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, кальций 1,6 ммоль/л. Ан. мочи: норма. ЭКГ: диффузное уплощение зубцов Т. Рентгенография грудной клетки без особенностей.

Вопросы:

1. Возможная причина отеков?
2. Какая возможная причина гипопроteinемии?
3. Как объединить все симптомы? О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные исследования требуются?

5. Ваши назначения по лечению?

Задача 2

Больной 30 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с выделением обильной мокроты с запахом, лихорадка до 39-40°C с ознобом и потом. Заболел остро 3 дня назад. 6 месяцев назад перенес вирусный гепатит. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года.

Объективно: масса тела 53 кг, рост 170 см. В легких справа под лопаткой притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс 110/мин. АД 110/80 мм рт. ст. На правом предплечье и левом плече - следы инъекций и лимфангита. Анализ крови: НВ - 106 г/л, Л - 20,0, нейтр. 85%, лимф. 10%, м. 5% СОЭ 48 мм/час.

При рентгенографии грудной клетки: справа внизу выпот, выше - два округлых затемнения с уровнем жидкости. ЭКГ - норма.

На фоне проводимого лечения температура снизилась, мокрота уменьшилась, но через 5 дней вновь состояние ухудшилось - появилась одышка, боли в левом боку, температура до 40°C. При рентгенографии - диссеминированные тени слева.

При обследовании дополнительно обнаружены спленомегалия, снижение гемоглобина до 96 г/л, в моче - белок, микрогематурия. Посев крови - золотистый стафилококк.

Вопросы:

1. Диагноз заболевания легких?
2. Какие дополнительные факторы риска?
3. Какое антибактериальное лечение показано?
4. Возможные причины возобновления лихорадки?

Задача 3

Больной 52 лет поступил по поводу лихорадки с ознобами до 38,5°C, слабости, одышки при ходьбе. Болен в течение одного месяца, после перенесенной ангины. В возрасте 12 лет перенес острый полиартрит. С 36 лет находили компенсированный порок сердца.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. В легких в задне-нижних отделах, влажные не звонкие мелкопузырчатые хрипы. Выраженная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок в V—VI межреберьях, разлитой усиленный. Во II-м межреберье справа диастолический шум убывающего характера, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией на шею. Пульс 86/мин, ритмичный, высокий, быстрый. АД 150/40 мм рт. ст. Селезенка прощупывается у края реберной дуги. Осмотр ЛОР: декомпенсированный хронический тонзиллит.

Вопросы:

1. Приведите аргументы в пользу диагноза подострого бактериального эндокардита?
2. Вероятный возбудитель?
3. Исследования для прямого подтверждения диагноза бактериального эндокардита?
4. Посев крови дал рост зеленеющего стрептококка. Ваша тактика лечения?
5. Критерии эффективности лечения?
6. Продолжительность лечения?

Задача 4

Больная 28 лет поступила по поводу инфицированного аборта. После произведенного выскабливания матки отмечено: повышение температуры до 38,5°C с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В прошлом ничем не болела.

Объективно: бледность кожи, и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на предплечьях. При аускультации мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в 5-й точке аускультации. АД 140/60 мм рт. ст. Пальпируется край селезенки.

ЭКГ и рентгенограмма грудной клетки без патологии. СОЭ 40 мм/час. Посевы кровичетырехкратно, отрицательные. В ан. мочи - микрогематурия. Другие исследования - без особенностей.

Назначено лечение пенициллином 10 млн. ед/сут температура на 10-й день снизилась до 37,5°C. На 5 день внезапно появились боли в правой поясничной области и макрогематурия. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами.

На 30-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. При аускультации диастолический шум стал интенсивным, грубым. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, быстрый и высокий пульс. АД 140/40 мм рт.ст. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. При

рентгенографии - увеличение размера левого желудочка. Вечером у больной появились клинические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом.

Вопросы:

1. Какая форма бактериального эндокардита?
2. Какое осложнение возникло на 5-й день?
3. Какое осложнение возникло на 30-й день?
4. Возможная причина комы и смерти?
5. Дайте оценку антибактериальной терапии?
6. Дайте оценку лечения антикоагулянтами?
7. Имелись ли показания к оперативному лечению?

Задача 5

Больной 47 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноты, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В течение 2 лет сахарный диабет, принимает букарбан. 6 мес - поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг. Объективно: масса тела 60 кг, рост 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотная. Глюкоза крови у данного больного 6,2 ммоль/л, в моче сахара нет, ацетон - отр. Назначено лечение: стол 5, панкреатин 0,5x3, контрикал 15000 ЕД в/в/сут, атропин п/к.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен: хронический энтероколит, рак желудка, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы?
2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?
3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?
4. Что можно ожидать при анализе кала, как объяснить эти изменения?
5. Что можно ожидать при анализе периферической крови?
6. Как объяснить изменения печени?
7. Как объяснить ацетонурию?
8. Оцените адекватность терапии.

Задача 6

Больной 28 лет переведен из инфекционной больницы, Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер. 5 дней назад появились головные боли, тошнота, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°C. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом. 3,5 мес. назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в приемном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и больной был направлен в терапевтическое отделение. Анамнез, жизни без особенностей. Объективно: выраженная желтушность кожи и склер. Температура нормальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупывается. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин 54,3 ммоль/л, АСТ 210 ед, АЛТ 295 ед. Щелочная фосфатаза 826 ед.

Назначено лечение: стол 5, преднизолон 30 мг/сут, эссенциале 5,0 в/в, аллохол 1 тх 3 раза, глюкоза 40% - 40,0 в/в, пенициллин 500 тыс. ед x 6 раз в/м.

Вопросы:

1. На каком основании в инфекционной больнице отвергнут диагноз вирусного гепатита?
2. Какое значение имел эпиданамнез?
3. Вероятный диагноз?
4. Какие биохимические синдромы были выявлены?
5. Каков характер желтухи?
6. Оцените назначенное лечение?

Задача 7

Больная 65 лет. Жалобы на одышку при ходьбе, общую слабость, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку. Больна 6 мес.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, с желтушным оттенком. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 88/мин, ритмичный. АД 140/80 мм рт. ст. Язык со сглаженными сосочками, печень у края реберной дуги. При неврологическом исследовании — нарушение глубокой чувствительности.

Ан. крови: Нв 85 г/л, цв. пок. 1,2, тромбоциты $45,3 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. $4,1 \cdot 10^9$ /л, б. 0, э. 0, пал. 6, сегм. 68, л. 20, мок. 4, СОЭ 31 мм/час. Железо сыворотки крови 25 мкмоль/л, билирубин 25 мкмоль/л, своб. 24 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предполагать?
2. Какие дополнительные данные следует ожидать при более полном описании мазка крови?
3. Какое исследование необходимо для уточнения первичного или вторичного характера заболевания?
4. Назначьте лечение на первые 2 мес: препарат, доза, способ и частота введения.
5. Контроль лечения? Критерии эффективности лечения?
6. Поддерживающее лечение?
7. Контрольные исследования?

Задача 8

Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада СМП. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение. При осмотре – бледность кожных покровов. Периферических отеков нет. Тоны сердца разной звучности, 44 в минуту. АД 130/70 мм рт.ст. На ЭКГ: полная АВ-блокада с частотой желудочковых сокращений 44 в минуту.

Вопросы:

1. Возможные причины потери сознания?
2. Неотложные мероприятия во время потери сознания?
3. Какие препараты показаны для учащения сердечных сокращений?
4. Ваша дальнейшая тактика по предупреждению повторных приступов.