

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.07.2026 10:57:38
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

Е.В. Коновалова

11 июня 2026 г., протокол УМС № 5

Ошибки и трудности диагностики терапевтических болезней

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Патофизиологии и общей патологии**

Учебный план о310807-Патанат-26-1.plx
31.08.07 Патологическая анатомия

Квалификация **врач-патологоанатом**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 58
самостоятельная работа 50

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16 4/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	54	54	54	54
Итого ауд.	58	58	58	58
Контактная работа	58	58	58	58
Сам. работа	50	50	50	50
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н. профессор Наумова Л.А.

Рабочая программа дисциплины

Ошибки и трудности диагностики терапевтических болезней

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.07
Патологическая анатомия (приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 г. № 110)

составлена на основании учебного плана:

31.08.07 Патологическая анатомия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 г., протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Патофизиологии и общей патологии

10 апреля 2026 г., протокол № 12

Зав. кафедрой д.м.н. профессор Коваленко Л.В.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Изучение структуры и причин наиболее частых диагностических ошибок терапевтических болезней, путей их преодоления, основ дифференциального диагноза при важнейших заболеваниях человека. Формирование готовности к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; готовности к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; готовности к применению патологоанатомических методов диагностики и

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	В ординатуру принимаются врачи, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия» в соответствии с положениями Приказа МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения». Обучение ведется с отрывом от основного места работы.
2.1.2	Дисциплина «Патологическая анатомия» находится в логической и содержательно-методической взаимосвязи с такими дисциплинами, как: «Химия», «Биохимия», «Биология», «Анатомия», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», «Гистология, эмбриология, цитология», «Патологическая физиология», «Клиническая патологическая физиология», «Внутренние болезни», «Хирургия», Инфекционные болезни, «Фармакология».
2.1.3	Патология
2.1.4	Патофизиология
2.1.5	Патологическая анатомия
2.1.6	Основы гистологии и эмбриологии
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Патологическая анатомия
2.2.2	Общие вопросы онкологии
2.2.3	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.4	Медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях
2.2.5	Патология
2.2.6	Производственная (научно - исследовательская работа) практика
2.2.7	Медицинская реабилитация
2.2.8	Судебная медицина

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
ПК-1.1: Осуществляет анализ медицинской информации (документации) о пациенте - данных анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, анализ проводимой терапии, обсуждая с врачами, принимавшими участие в обследовании и лечении пациента
ПК-1.2: Осуществляет макроскопическое и микроскопическое изучение и описание биопсийного (операционного) материала, формулирует заключение о патологическом процессе в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи
ПК-1.3: Осуществляет прием, вырезку биопсийного (операционного) материала, маркировку объектов исследования, архивирование в соответствии с унифицированными требованиями по соответствующим технологиям работы и изучения биопсийного (операционного) материала
ПК-1.4: Осуществляет назначение при необходимости дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии с целью уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, оценивать и интерпретировать результаты их применения
ПК-2.1: Осуществляет изучение медицинской документации больного, проведение вскрытия, изучение и описание макро и микроскопических изменений в органах и тканях, использует необходимые дополнительные методы окраски и микроскопии с целью уточнения характера процесса и диагноза заболевания.

ПК-2.2: Устанавливает причины смерти и диагноз заболевания (состояния) при посмертном патолого-анатомическом исследовании, формулирует причины смерти и диагноз в соответствии с правилами формулировки патологоанатомического диагноза по МКБ

ПК-2.3: Проводит сравнение клинического и патолого-анатомического диагнозов с целью анализа допущенных ошибок на различных этапах диагностического и лечебного процессов

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	основы медицинского законодательства и права;
3.1.2	политику здравоохранения; медицинскую этику и деонтологию, психологию профессионального общения;
3.1.3	методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;
3.1.4	общие закономерности развития и структурно-функциональные проявления общепатологических процессов и отдельных заболеваний;
3.1.5	закономерности системных поражений и сочетанной патологии;
3.1.6	морфогенетические потенции патологических процессов, изменений и отдельных заболеваний, их исходы и осложнения; закономерности системных поражений и сочетанной патологии;
3.1.7	структуру и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления;
3.1.8	важнейшие общепатологические процессы; клиническую симптоматику, пато- и морфогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых, принципы их диагностики и лечения;
3.1.9	спектр современных диагностических возможностей;
3.1.10	логику диагноза (диагностический алгоритм), основы дифференциального диагноза при важнейших заболеваниях человека.
3.2	Уметь:
3.2.1	систематизировать имеющуюся информацию о заболевании – жалобы, данные анамнеза, данные физикальных и дополнительных методов исследования, выделить ведущие симптомы и синдромы, определить характер патологического процесса, выйти на диагностическую гипотезу и ее доказательную базу, определить допущенные врачом диагностические ошибки, дать заключение о ведущем патологическом процессе;
3.2.2	представить и обосновать схему патогенеза патологического процесса (заболевания) в каждом конкретном
3.2.3	составить алгоритм диагностических мероприятий (дополнительные гистохимические окраски, ИГХ и др.);
3.2.4	анализировать (диагностировать) патологические процессы и отдельные заболевания на различных структурных уровнях – организменном, органном, тканевом, клеточном (световая микроскопия);
3.2.5	оценить характер морфологических изменений в динамике.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Примечание
	Раздел 1.					
1.1	Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления. /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.2	Логика диагноза. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней. /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.3	Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	

1.4	Логика диагноза. Диагностический алгоритм. Принципы дифференциального диагноза. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.5	Трудности и ошибки в диагностике сердечно-сосудистой патологии. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.6	Трудности и ошибки в диагностике болезней органов дыхания. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.7	Трудности и ошибки в диагностике болезней желудочно-кишечного тракта. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.8	Трудности и ошибки в диагностике заболеваний печени, желчевыводящих путей и почек. /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.9	Трудности и ошибки в диагностике ревматических болезней. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.10	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	50	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	
1.11	/Контр.раб./	1	0	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Реферат, защита решения задачи.
1.12	/Зачёт/	1	0	ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК- 2.1 ПК-2.2 ПК-2.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Типовые вопросы, ситуационная задача

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Чучалин А. Г.	Хронические обструктивные болезни легких	М.: Бином, 2000	3
Л1.2	Атрошенко И. Е., Мицкевич Ф. М., Лаптева И. М.	Обострение хронической обструктивной болезни легких - современные подходы к диагностике и лечению: пособие для врачей	Минск: ДокторДизайн, 2010, электронный ресурс	1
Л1.3	Стрюк Р. И., Ермолина Л. М.	Ревматические болезни: болезни суставов и диффузные заболевания соединительной ткани: руководство для врачей	Москва: БИНОМ, 2012 -	0
Л1.4	Зонн И.С.	Каспийская энциклопедия: энциклопедия	Москва: Международные отношения, 2004, электронный ресурс	1
Л1.5	Немчинов М.В., Систер В.Г., Силкин В.В., Рудакова В.В.	Охрана окружающей природной среды при проектировании и строительстве автомобильных дорог: учебное пособие	Москва: АСВ, 2009, электронный ресурс	1
Л1.6	Шамов И.А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА- М", 2020, электронный ресурс	1
Л1.7	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни. Том 1: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018, электронный ресурс	2
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Мухин Н. А., Моисеев В. С.	Пропедевтика внутренних болезней: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014	29
Л2.2	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни. Том 1: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия"	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2015, электронный ресурс	2
Л2.3	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни. Том 2: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия"	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2015, электронный ресурс	2
Л2.4	Тюкалова Л. И., Белоусова Н. С., Варвянская Н. В., Шепелева Е. Г., Черногорюк Г. Э., Куликов Е. С.	Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при ишемической болезни сердца: учебное пособие	Томск: СибГМУ, 2016, https://e.lanbook.com/book/105874	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Малишевский М. В.	Внутренние болезни: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Медико-профилактическое дело" по дисциплине "Внутренние болезни"	Ростов-на-Дону: Феникс, 2012	15

ЛЗ.2	Алипов Н. Н.	Основы медицинской физиологии: рекомендовано Федеральным государственным автономным учреждением "Федеральный институт развития образования" в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности "Лечебное дело" (060101)	Москва: Практика, 2016	50
ЛЗ.3	Мышкина А. А.	Внутренние болезни: Учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2012, электронный ресурс	1
ЛЗ.4	Шамов И. А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2016, электронный ресурс	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Консультант студента. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432525.html
Э2	Консультант студента. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785904090265.html
Э3	Консультант студента. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412800.html

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office.
---------	---

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	СПС «КонсультантПлюс» - www.consultant.ru/
6.3.2.2	СПС «Гарант» - www.garant.ru/

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 224, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт.
7.2	Количество посадочных мест - 48
7.3	Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office.
7.4	Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.
7.5	Учебная аудитория № 531 для проведения занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная (меловая) доска, интерактивный класс патологии «Вирхов»; переносной проектор Epson (1 шт); ноутбук Lenovo (1 шт); микроскопы Zeiss PrimoStar (9 шт); микропрепараты (МиП) 182 шт.
7.6	Количество посадочных мест - 20 (14 (с микроскопами), 6 (интерактивные столы).
7.7	Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

**Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации
по дисциплине:**

Ошибки и трудности диагностики терапевтических болезней

Код, направление подготовки **31.08.07 Патологическая анатомия**

Направленность (профиль)	
Форма обучения	Очная
Кафедра-разработчик	Кафедра патофизиологии и общей патологии
Выпускающая кафедра	Кафедра патофизиологии и общей патологии

Типовые задания для контрольной работы:

Реферат (от лат. *refere* – докладываю, сообщаю) – изложение результатов анализа современной литературы по выбранной теме, базирующееся на изучении различных литературных источников (статьи в медицинских журналах, в том числе зарубежных, монографии, учебные пособия, справочники) и представленное в структурированном виде. Структура реферата включает: актуальность выбранной темы (эпидемиология, место в структуре заболеваемости, неизученные патогенетические механизмы, неэффективность существующего лечения как индуктор изучения данного процесса или это новые данные, имеющие значение для диагностики и лечения), цель (соответствует теме и направлена на ее раскрытие), разделы, содержание которых раскрывает тему, обсуждение и выводы, список используемой литературы.

Темы рефератов представлены в учебно-методическом пособии для самостоятельной работы студента и в «Оценочных средствах» рабочей программы.

Реферат представляется в виде презентации и печатном виде и защищается публично во время занятия.

Список тем рефератов:

1. Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Объективные и субъективные причины ошибок.
2. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний
3. Пути преодоления диагностических ошибок.
4. Логика диагноза. Диагностический алгоритм.
5. Принципы дифференциального диагноза.
6. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней.
7. Интерпретация биохимических показателей.
8. Интерпретация общего анализа крови.
9. Интерпретация результатов рентгенологических методов.

Защита решения задачи

Обучающийся составляет задачу на основе клинических случаев (наблюдений) из своей практики или архивных случаев своего отделения для решения и публичной защиты (по аналогии с клиническим разбором) этого решения, оформленного в виде презентации в соответствии с алгоритмом решения, который отражает последовательность диагностических и лечебных действий.

Алгоритм решения задачи

1. Анализ жалоб больного
2. Анализ данных анамнеза
3. Анализ данных объективных методов исследования - осмотра больного, физикальных методов исследования.
4. Анализ имеющихся на данном этапе работы с больным результатов дополнительных методов исследования.

Эти первые 3-4 этапа позволяют на 70-80% сформулировать правильную диагностическую гипотезу (предварительный диагноз), составить перечень заболеваний, включенных в «дифференциальный диагноз» и перейти к дополнительным методам исследования, позволяющим подтвердить или опровергнуть выдвинутую диагностическую гипотезу. Результаты дополнительных методов обследования должны доказать, или материализовать диагноз и позволить сформулировать клинический диагноз. Таким образом, после 1-6 пунктов следует **план обследования** (это пункт 7), включающий планируемые вами

дополнительные методы исследования, направленные на подтверждение диагностической гипотезы (или предварительного диагноза).

5. Предварительный диагноз

6. Дифференциальный диагноз – выделить спектр сходных по

7. проявлениям заболеваний или патологических процессов, которые должны быть исключены в ходе проводимых вами диагностических мероприятий.

8. План обследования

9. Анализ полученных результатов

10. Клинический диагноз, оформленный в соответствии со структурой диагноза

11. Схема патогенеза заболевания - построить предполагаемую вами схему патогенеза основного заболевания, указав связь с фоновым, возможные связи с сопутствующими заболеваниями у данного больного.

12. Описание морфологического субстрата болезни - представить описание морфологического субстрата болезни в соответствии с вашим диагнозом (вашим видением этого заболевания), опираясь на имеющиеся симптомы, синдромы и результаты дополнительных методов исследования

13. Потенции патологического процесса в данном клиническом случае (прогноз)

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание к задаче

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

Результаты дополнительного обследования:

ЭКГ — прилагается.

1. Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. — $10,5 \times 10^9$, э. — 0, п. — 6, сегм. — 65, л. — 22, м. — 7, СОЭ — 10 мм/час.
2. Свертываемость крови — 3 мин.
3. ПТИ — 100 %.
4. СРБ+, КФК — 2,4 ммоль/гл, АСТ — 26 Е/л, АЛТ — 18 Е/л.
5. Рентгенография усиление и обогащение легочного рисунка.

Эталон ответов

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения - купирование болевого синдрома (наркоз, анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия), профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе — в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД — 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. — $9,2 \times 10^9$, п. — 4, сегм. — 66, л. — 23, м. — 7, СОЭ — 10 мм/час.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 2:

1. ЭКГ — прилагается.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/л, КФК 2,4 ммоль/гЛ, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови — 3 мин.
4. ПТИ — 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации: лейкоц. — $6,0 \times 10^9$, э.- 1, п. — 2, сегм. — 64, л. — 24, м. — 9, СОЭ — 24 мм/час.
6. Рентгенограмма — прилагается.

Эталон ответов к задаче 2

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
 2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
- План обследования- ОАК, ЭКГ в динамике, КФК, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенография гр. клетки, коронарография,
- Лечение – купирование болевого синдрома, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия), профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача 3.

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина ($7,6$ ммоль/л — преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца — по срединно-ключичной линии. АД — 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях — частый, аритмичный, частота — 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС — 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — прилагается.
 2. ЭХО-КС — небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин — 7,6 ммоль/л, АСТ — 5 ед/л, АЛТ — 4 ед/л, СРБ — 0, ПТИ — 102%, свертываемость- 8 мин.
 3. Глазное дно — атеросклероз сосудов сетчатки.
 4. Общий анализ мочи — уд. вес — 1020, белка нет, сахара нет, л — 1-2 в п/зр.
 5. Анализ крови на сахар — глюкоза крови — 4,5 ммоль/л.
- Анализ крови общий: Нв — 140 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. — $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 6 мм/час.

Эталон ответов

1. Предварительный диагноз — ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача — снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1 группы (новокаиномид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.

В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

5. Лечение ИБС — антихолестеринемические препараты, диет

Задача 4.

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс — симметричный, напряжен, частый — 92 в 1 мин. АД — на пр. руке — 195/100 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Границы сердца — левая — на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС — 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — прилагается.
2. Глазное дно — сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс — П.
3. Анализ мочи — уд. вес — 1018, белка нет, сахара нет, л — 1-3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, л — $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. — 0,9; э — 1, п — 4, с — 66, л — 24, м — 5, СОЭ — 6 мм/час.
6. Глюкоза крови — 4,5 ммоль/л.

Эталон ответов к задаче 4.

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз — исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение: терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.
— кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ

Задача 5.

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД — 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования:

Анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, СОЭ — 15 мм/час, лейкоциты — $9,5 \times 10^{12}/л$, п — 2%, с — 65%, э — 2%, м — 10%, л — 21%, белок — 80 г/л, альбумины — 42%, альфа-1 — 8%, альфа-2 — 12%, бета — 18%, гамма — 20%, ПТИ — 105%, время свертывания — 4 мин., ЛДГ — 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 — 25%, ЛДГ-2 — 26%, ЛДГ-3 — 30%, ЛДГ-4 — 8%, ЛДГ-5 — 11%.

1. Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес — 1016, лейкоциты — 1-2 в п/зр., эп. клетки — 1-2 в п/зр.
2. ЭКГ — прилагается.
3. Рентгенография грудной клетки — прилагается.

Эталон ответов к задаче 5

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

1. ИБС. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда
2. Инфаркт миокарда и разрыв аневризмы аорты.
3. Инфаркт миокарда и острый миокардит
4. Трудности и ошибки диагностики заболеваний щитовидной железы.
5. Трудности и ошибки диагностики заболеваний надпочечников.
6. Трудности и ошибки диагностики заболеваний поджелудочной железы.
7. Трудности и ошибки диагностики пневмоний.
8. Трудности и ошибки диагностики диффузных интерстициальных заболеваний легких.
9. Трудности и ошибки диагностики туберкулеза.
10. Трудности и ошибки диагностики заболеваний пищевода.
11. Трудности и ошибки диагностики заболеваний желудка.
12. Трудности и ошибки диагностики хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишки.
13. Трудности и ошибки диагностики заболеваний печени.
14. Трудности и ошибки диагностики заболеваний печени.
15. Трудности и ошибки диагностики гломерулярных заболеваний почек.
16. Трудности и ошибки диагностики интерстициальных заболеваний почек.
17. Трудности и ошибки диагностики заболеваний мочевыводящего тракта.
18. Трудности и ошибки диагностики системной красной волчанки.
19. Трудности и ошибки диагностики системной склеродермии.
20. Трудности и ошибки диагностики ревматоидного артрита.
21. Трудности и ошибки диагностики васкулитов.

Ситуационные задачи к зачету.

Задача 1.

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет/сут. Аллергия к пенициллину. При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82/мин, АД 120/75 мм Нг. Температура 37,8°.

Вопросы

1. Какой возможный возбудитель пневмонии?
 2. Требуется ли бактериологическое исследование?
 3. Обязательна ли госпитализация?
 4. С чего начать лечение (немедикаментозные и медикаментозные назначения)?
 5. Какие могут быть побочные явления от лечения и что делать?
 6. При посещении на дому через 3 дня температура нормальная, но кашель и хрипы в легких сохраняются. Тактика лечения?
 7. Требуется ли и когда рентгенологический контроль?
 8. Что делать при отсутствии эффекта лечения через 3 дня?
- (ответ тема «острые пневмонии»)

Задача 2

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД — 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации.

Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Задание к задаче

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. Анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, СОЭ — 15 мм/час, лейкоциты — $9,5 \times 10^{12}/л$, п — 2%, с — 65%, э — 2%, м — 10%, л — 21%, белок — 80 г/л, альбумины — 42%, альфа-1 — 8%, альфа-2 — 12%, бета — 18%, гамма — 20%, ПТИ — 105%, время свертывания — 4 мин., ЛДГ — 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 — 25%, ЛДГ-2 — 26%, ЛДГ-3 — 30%, ЛДГ-4 — 8%, ЛДГ-5 — 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес — 1016, лейкоциты — 1-2 в п/зр., эп. клетки — 1-2 в п/зр.
3. ЭКГ — прилагается.
4. Рентгенография грудной клетки — прилагается.

Эталон ответов к задаче 2

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
 2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
 3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
- Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

Задача 3.

Больной 62 лет, поступил по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа.

Много лет курит по 1,5—2 пачки сигарет/сут. Несколько лет отмечает кашель с трудно отхаркиваемой вязкой мокротой, отделение которой ухудшилось за последний месяц. Температура не повысилась. Принимал бета-стимуляторы и эуфиллин без эффекта.

Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлинненным выдохом, сухие протяжные хрипы на выдохе. АД=180/105 mm Hg. Пульс 90/мин.

При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких.

Спирография: ФЖЕЛ 1200 мл, проба Тиффно 55%.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
2. Признаки и главная причина бронхиальной обструкции?
3. Возможные причины артериальной гипертензии?
4. Какое лечение следует назначить больному?
 - а) отхаркивающие (йодид калия, термопсис, ацетилцистеин),
 - б) ингаляции бета-стимуляторов
 - в) антибиотики,
 - г) прекратить курение, обильное питье,
 - д) бронхоскопический дренаж.

(ХОБЛ)

Эталон ответов к задаче 3

1. Предварительный диагноз: ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит (курильщика), обструктивная эмфизема легких, ДН 2-3 степени.

2. Признаки и главная причина бронхиальной обструкции?

Курение. Коллапс мелких бронхов на выдохе, склероз стенки крупных и средних бронхов, дискриния.

3. Возможные причины артериальной гипертензии?

Пульмогенная АГ.

Какое лечение следует назначить больному?

Ингаляционно холинолитики, селективные бета-стим.

Задача 4.

Больной 52 лет предъявляет жалобы на одышку даже в покое, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость. Много лет курит и кашляет с периодическими обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечает постепенно усиливающуюся одышку, последние месяцы появились отеки на голенях. Одышка увеличивается даже при небольшой физической нагрузке.

Объективно: пониженного питания. Цианоз губ, акроцианоз. Небольшие отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких

опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежащем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс 92/мин. Печень на 5 см ниже края реберной дуги.

На основании приведенных данных поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, легочное сердце. Легочно-сердечная недостаточность II стадии.

Вопросы

1. Какие признаки бронхиальной обструкции, какие дополнительные исследования для уточнения ее наличия и степени выраженности?
 2. Каков механизм бронхиальной обструкции: бронхоспазм или воспаление?
 3. Каков основной механизм одышки: бронхиальная обструкция или эмфизема легких?
 4. Как определить обратимость бронхиальной обструкции?
 5. Как подтвердить наличие легочного сердца?
 6. Какие особенности в анализе крови можно ожидать?
 7. Какие методы уменьшения гемодинамической нагрузки на правый желудочек?
 8. Какова роль сердечных гликозидов в лечении легочного сердца?
 9. Какие еще лечебные мероприятия?
- (ответ - ХОБЛ, ЛГ, ЛС)

Задача 5.

Больной К., 28 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на повышение температуры по вечерам до 37,3°C, ночные

поты, упорный сухой кашель, общую слабость, плохой аппетит. Болен в течение 2-х месяцев.

Объективно: температура - 37°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. При перкуссии

Грудной клетки справа в области 2-3 межреберья определяется притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание в этой области с бронхиальным оттенком, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 94 в мин. АД 115/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

Эталон ответов к задаче 5

1. Туберкулез легких.

Обоснование:

1. Данные анамнеза:

синдром интоксикации, субфебрильная температура тела по вечерам, ночная потливость, сухой кашель; постепенное начало заболевания;

2. Объективные данные:

при перкуссии: в верхнем отделе правого легкого участок притупления;

при аускультации: дыхание над этим участком с бронхиальным оттенком, сухие хрипы.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов, рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (изменения, соответствующие определенной форме туберкулеза). Градуированная в/к проба Манту.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, экссудативный плеврит, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, спонтанный пневмоторакс, бронхиальные и торакальные свищи, амилоидоз, почечная недостаточность, распространение инфекции на другие органы и системы.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, требуется обязательная госпитализация в противотуберкулезный диспансер и стационарное лечение.

Задача 6

Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела $37,3^{\circ}\text{C}$, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Переднезадний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД — 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами — ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 90 в минуту. АД на обеих руках — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: эр. — $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв — 150 г/л, ц.п. — 1,0; тромбоциты — $240 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты — $10,0 \times 10^9/\text{л}$, пал. — 7%, сегм. — 53%, лимф. — 32%, мон. — 8%, СОЭ — 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский — 4-6 в п/зр., лейкоциты — 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
3. Бактериологический анализ мокроты — высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.
4. Серологическое исследование — повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.
5. Рентгенограмма — прилагается.
6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция — кислая, прозрачность — полная, уд. вес — 1020, белок — 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты — 3-5 в п/зр., эр. — нет, цилиндров нет.
7. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ — умеренно положительный.
8. ЭКГ — прилагается.
9. Бронхоскопия — признаки катарального бронхита.
10. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

Эталон ответов к задаче 6

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.
2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование — определение титра антител к антигенам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
4. Принципы лечения: антибактериальная терапия — антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики
бронхолитическая и отхаркивающая терапия — эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
дезинтоксикационная терапия — гемодез, реополигмонин, плазма
5. Иммунотоксическая терапия — дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал
6. Симптоматическая терапия — при развитии сердечной недостаточности — сердечные гликозиды, диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др. физиотерапевтическое лечение.