Экзаменационные вопросы по поликлинической терапии.

1. Первичная медико-санитарная помощь: принципы, виды, условия и формы оказания.
2. Организация работы городской поликлиники. Структура поликлиники.
3. Организация медицинской помощи по участковому принципу. Виды участков. Права и обязанности участкового терапевта
4. Стационарзамещающие технологии (дневной стационар, стационар на дому).
5. Медицинская профилактика. Виды. Современные проблемы профилактики.
6. Отделение профилактики: структура, организация профилактической работы.
7. Организация работы Центров Здоровья.
8. Особенности оказания ПМСП пожилым. Отделение медико-социальной помощи поликлиники.
9. Понятие о диспансеризации. Цели. Задачи. Этапы проведения всеобщей диспансеризации. Группы здоровья.
10. Роль участкового врача терапевта при проведении диспансеризации.
11. Диспансеризация хронических больных при различных заболеваниях внутренних органов.
12. Школы здоровья. Организация. Роль участкового терапевта.
13. Этика и деонтология в работе участкового врача терапевта. Деонтология при работе с пациентами пожилого возраста.
14. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Понятие. Виды. Регламентирующие документы.
15. Организация работы врачебной комиссии ЛПУ. Состав. Порядок создания и деятельности в ЛПУ. Функции врачебной комиссии.
16. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности при заболеваниях
17. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.
18. Функциональные обязанности участкового терапевта
19. Основная документация участкового врача терапевта.
20. Основные показатели деятельности участкового врача.
21. Понятие инвалидности. Группы инвалидности. Критерии определения групп инвалидности
22. Организация санаторно-курортного лечения в условиях амбулаторно-поликлинического этапа. Показания. Противопоказания.
23. Медицинская реабилитация. Цели и задачи.
24. Школы здоровья. Организация. Роль участкового терапевта.
25. Ангины в практике врача терапевта. Тактика ведения в амбулаторных условиях. Диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности.
26. Бронхиальная астма. Современные понятия о контроле над астмой. Классификация. Стандарты ведения в амбулаторных условиях.
27. Бронхиальная астма. Принципы «ступенчатой пошаговой»» терапии. Реабилитация пациентов с БА на поликлиническом этапе.
28. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы в поликлинике и на дому.
29. Современные представления об астматическом статусе. Диагностика. Тактика врача терапевта на поликлиническом этапе.
30. Бронхиальная астма. Показания к госпитализации. Вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности.
31. Лечение БА на врачебном терапевтическом участке в зависимости от степени контроля.
32. ХОБЛ, классификация и стандарты ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
33. Показания к госпитализации пациентов с ХОБЛ. Реабилитация пациентов с ХОБЛ на врачебном участке. Роль участкового врача терапевта.
34. Лечение пациентов с ХОБЛ в поликлинике. Диспансерное наблюдение, реабилитация.
35. Внебольничная пневмония. Этиология. Классификация. Тактика участкового врача терапевта.
36. Внебольничная пневмония. Критерии оценки тяжести (CURB 65). Показания для госпитализации. Выбор антибиотикотерапии в условиях поликлиники.

37. Внебольничная пневмония у пожилых пациентов. Клинические особенности. Особенности ведения в условиях поликлиники.
38. Реабилитация пациентов после перенесенной пневмонии в условиях поликлиники. План диспансерных мероприятий. Роль участкового врача терапевта.
39. Плевриты в практике участкового врача терапевта. Диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности.
40. Грипп и ОРВИ. Диагностика, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения. Методы профилактики в амбулаторной практике. Тактика. Лечение в поликлинике. Экспертиза трудоспособности.
41. Дифференциальная диагностика и лечения острого бронхита в условиях поликлиники.
42. Острый и хронический пиелонефрит. Диагностика в поликлинике, особенности диагностики у пожилых пациентов, беременных женщин. Тактика при подтверждении диагноза. Экспертиза трудоспособности.
43. Хроническая болезнь почек. Понятие. Диагностика в условиях поликлиники для определения степени тяжести. Лечение. Экспертиза трудоспособности. Показания для направление на МСЭ.
44. Реабилитация в поликлинике пациентов с заболеванием почек.
45. Хронический некалькулезный холецистит. Диагностика на поликлиническом этапе. Дифференциальная диагностика с ДЖВП. Лечение при обострении.
46. ГЭРБ в практике участкового терапевта. Классификация. Диагностика в условиях поликлиники. Осложнения. Показания к госпитализации.
47. Хронический некалькулезный холецистит. Диагностика на поликлиническом этапе. Дифференциальная диагностика с ДЖВП. Лечение при обострении.
48. Хронический гастрит: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, диспансерное наблюдение, реабилитация.
49. ЯБ. Диагностика и лечение на амбулаторном этапе. Вопросы ВУТ. Реабилитация на врачебном участке.
50. Жировая дистрофия печени: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения, обследование больного в амбулаторных условиях, реабилитация больных.
51. Цирроз печени: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения заболевания, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях. Диспансерное наблюдение, реабилитация.
52. Хронический вирусный гепатит: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, диспансерное наблюдение, реабилитация.
53. Хронический панкреатит: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, клиническая картина, методы исследования больного в амбулаторных условиях. Объем терапии при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.
54. Остеоартрит: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения заболевания. Меры профилактики в амбулаторной практике. Исследование больного в амбулаторных условиях.
55. Остеоартрит: стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.
56. Подагрический аритрит: этиология, критерии диагноза, клиническая картина. Обследование больного в амбулаторных условиях, терапия в амбулаторных условиях, диспансерное наблюдение. Вопросы экспертизы трудоспособности, меры профилактики.
57. Серонегативные артропатии:определение понятия, классификация, диагностические критерии, лечебная тактика.
58. Болезнь Бехтерева: стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.

59. Диспансерное наблюдение и амбулаторная терапия базисными препаратами больного с ревматоидным артритом.
60. Диагностика воспалительных заболеваний соединительной ткани в амбулаторных условиях. Дальнейшая тактика участкового врача терапевта.
61. Диагностика, возможности дифференциальной диагностики и лечение синдрома анемии в условиях поликлиники.
62. Железодефицитная анемия. Диагностика в поликлинике. Лечение. Диспансерное наблюдение. Вопросы экспертизы ВУТ.
63. Лейкемоидные реакции: критерии, отличие от лейкозов, алгоритм действия участкового врача.
64. Пациент с хроническим лимфопролиферативным, миелопролиферативным заболеванием в условиях поликлиники. Особенности диагностики, лечения и реабилитации.
65. Синдром лихорадки в работе врача общей практики. Врачебная тактика.
66. Особенности ведения пациентов пожилого возраста, беременных и подростков в поликлинических условиях. Роль участкового врача.
67. Дифференциальный диагноз при синдроме боли в груди. Алгоритм действий врача поликлиники. Стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.
68. Стабильная стенокардия напряжения: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях.
69. Стабильная стенокардия напряжения: классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения заболевания, протекающего в типичной форме у различных возрастных групп.
70. Диагностика и лечение метаболического синдрома в общей врачебной практике. Реабилитация и диспансерное наблюдение.
71. Острый коронарный синдром на догоспитальном этапе. Современные представления об ОКС: определение, этиология, осложнения, дифференциальная диагностика, оказание неотложной помощи.
72. Острая сосудистая недостаточность. Обморок. Коллапс. Шоковые состояния. Определение понятий обморок, коллапс, шок. Оказание неотложной помощи.
73. Гипертонический криз, определение понятия, современная классификация и алгоритм ведения на догоспитальном этапе.
74. Нарушения сердечного ритма. Тахикардии с широкими и узкими комплексами QRS. Асистолия. Брадикардии: этиология, клиника, методы диагностики. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
75. Симптоматические артериальные гипертензии в практике амбулаторного врача (эндокринные, гемодинамическаие, ренальные). Принципы дифференцированной терапии.
76. Нарушение ритма сердца и проводимости в первичном звене здравоохранения.
77. Фибрилляция предсердий: этиология, меры профилактики в амбулаторной практике, классификация, критерии диагноза, клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения заболевания, протекающего в типичной форме у различных возрастных групп
78. Фибрилляция предсердий: диагностические возможности методов исследования больного в амбулаторных условиях, стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.
79. Сердечная недостаточность в амбулаторной практике. Меры профилактики, классификация, клиническая картин. Ообследование больного в амбулаторных условиях.
80. Диспансерное наблюдение, МСЭ и реабилитация больных с ХСН.

Ситуационная задача

Больной 54 лет, учитель в средней школе, обратился к своему участковому терапевту с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез: Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление групповых полиморфных экстрасистол, более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,9 см); толщина ЛЖ 1,2 см, ФВ 49%.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость- - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п -1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - $6{,}0 \times 10^9$/л, СОЭ -4 мм/час.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику ведения пациента на амбулаторном этапе лечения.

Ситуационная задача

Больной 54 лет, рабочий завода, предъявляет жалобы на кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизисто – гнойной мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при выходе из теплого помещения на холод; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Анамнез: курит 25 лет по 1 пачке в день. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Дважды перенес пневмонию.

Объективно: темп. тела 37,3^{0}С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Экскурсия легких снижена, перкуторный звук коробочный. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие разнокалиберные свистящие и жужжащие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные единичные влажные 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.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: эр. - 5,0х10^{12}/л, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - 240х10^9/л, лейкоциты - 10,0х10^9/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, лейкоциты - 15-20-30 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.

3. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к пенициллину, амоксициллину, цефатоксину, цефтриаксону, эритромицину, азитромицину, джозамицину, линкомицину.
4. Рентгенограмма - прилагается.
5. 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.
6. Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.
7. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

Задание:

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

Ситуационная задача

Больная 18 лет, студентка, обратилась в студенческую поликлинику с жалобами на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость.

Анамнез: Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,5^{0}С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

Объективно: темп. 37,3^{0}С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, сухие рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,5x10^{12}$/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $230x10^{9}$/л, лейкоциты - $10x10^{9}$/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.
2. 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.
3. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.
4. Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.
5. Рентгенография – перибронхиальная тяжистость легких, инфильтративных изменений не выявлено.
6. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

Задание:

1. Установите предварительный диагноз и наметьте план дополнительного обследования.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите тактику лечения.
4. Какой объем диспансерного наблюдения и как часто необходимо проводить в данном случае?

Ситуационная задача

Больной 18 лет, студент университета, обратился в студенческую поликлинику с жалобами на повышение температуры до 39^{0}С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Анамнез: Неделю назад заболел ОРВИ. Продолжал ходить на занятия. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение (по рекомендации провизора аптеки (!?)) аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

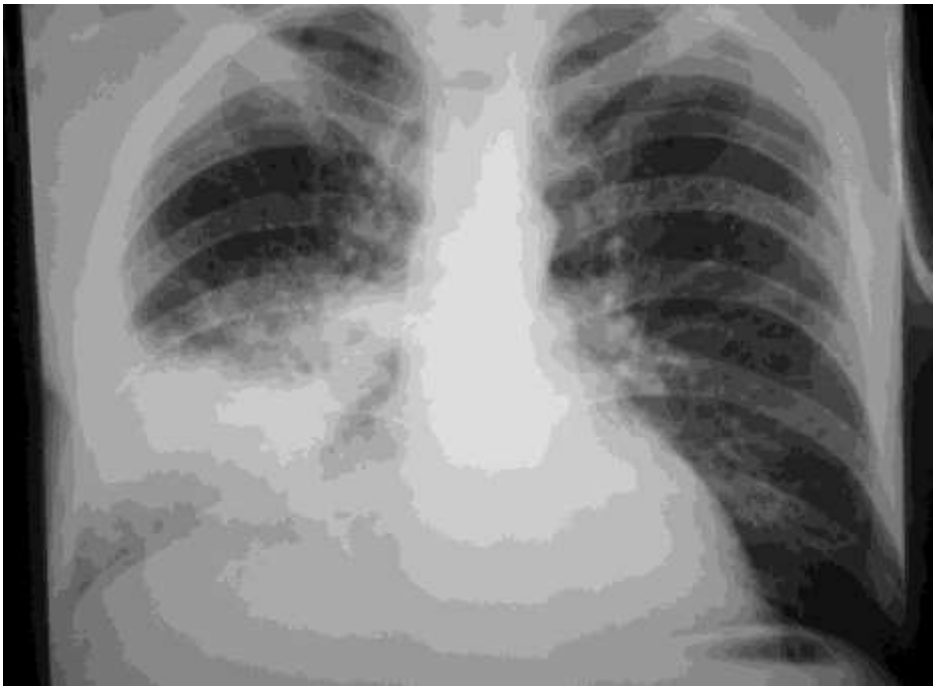
Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке легких ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются единичные сухие свистящие и влажные мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,5x10^{12}$/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $240x10^{9}$/л, лейкоциты - $12,0x10^{9}$/л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейк. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

3. Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.
4. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.
5. **Рентгенография легких - прилагается.**

Задание: 1. Установить предварительный диагноз
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Определить тактику лечения.
4. Объем диспансерного наблюдения и как долго должен наблюдаться пациент?



Ситуационная задача

Больной 54 лет, обратился повторно к участковому врачу 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38*С.

Анамнез. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8*С, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к своему участковому врачу. Была назначена симптоматическая терапия

(обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38*С.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксилярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 98 в 1 мин. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз и решите вопрос о необходимости госпитализации.
2. План лечения.
3. Какой объем диспансерного наблюдения и как долго должен наблюдаться пациент?
4. Какую реабилитационную терапию Вы предложите больному

ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ

1. Какому заболеванию соответствует данный анализ: Hb-120 г/л, лейкоциты- $6,2*10^9$ /л, СОЭ-70 мм/ч, общий белок- 92 г/л, общий анализ мочи: уд.вес 1015, белок- 3,3 г/л, эритроциты- 0-1 в п/зр, цилиндры – 0-1-2 в п/зр, белок Бенс -Джонса +.

2. Какому заболеванию соответствует данный анализ: эритроциты- $1,2*10^{12}$ /л., Hb- 40 г/л. ЦП- 1,2. СОЭ- 60 мм/ч. Деменсиональные показатели: СДЭ- 9,2 микрон, СОЭ- 80 мм/ч, СТЭ- 2,2 м, СИ- 4,3, Кривая Прайс - Джонса сдвинута вправо.

3. Какому заболеванию соответствует данный анализ: общий анализ мочи: относительная плотность –1018, белок- 6,8 г/л, Эр. выш.-4-6 в п/зр, Л- 5-7 в п/зр, цилиндры восковидные- 3-4 в п/зр
   Биохимия крови: общий белок- 46 г/л, холестерин – 9,7 ммоль/л, липопротеиды- 8,8 ммоль/л.

4. Дайте клиническую трактовку: Hb- 201 г/л. Эр- $6,3*10^{12}$/л, ЦП- 0,95, лейкоциты- $11,8*10^{9}$ /л, Б- 0%, Э-4%, П-1%, С-60%, Л-24%, М- 5%, тромбоциты- $500*10^{3}$, СОЭ- 1 мм/ч. Показатели гематокрита 0,7

5. Дайте клиническую трактовку: Общий анализ крови: Hb- 80 г/л, СОЭ- 40 мм/ч. общий анализ мочи: относительная плотность –1018, белок- 2,66 г/л, Эр.выш.-10-16 в п/зр, цилиндры зернистые 8 – 10 в п/зр.; в биохимическом анализе крови: креатинин - 766 мкмоль/л.

6. Дайте клиническую трактовку: Hb- 98 г/л. Эр- $3,35*10^{12}$ /л, лейкоциты- $8,9*10^{9}$ /л, Б- 0%, Э-8%, П-10%, С-62%, Лимф.-15%, М- 3%, тромбоциты- $350*10^{3}$ /л, СОЭ- 58 мм/ч. В пунктате лимфоузла – клетки Березовского- Штернберга.

7. Дайте клиническую трактовку: Hb- 48 г/л. Эр- $1,8*10^{12}$ /л, лейкоциты- $45*10^{9}$ /л, бластные клетки- 76%, С-18%, Л-6%.

8. Дайте клиническую трактовку: Hb- 107 г/л. Эр- 2,9*10^{12} /л, лейкоциты- 7,5*10^{9} /л, Э-0%, П-10%, С-69% Л26%, М- 3%, тромбоциты- 60*10^{9}/л, СОЭ- 9 мм/ч. Свертываемость крови по Ли-Уайту- 15 мин. Длительность кровотечения по Дьюке – 12 мин. Ретракция кровяного сгустка – 40%.

9. Дайте клиническую трактовку: Hb-198 г/л. Эр- 6,6*10^{12} /л, ЦП-0,9, лейкоциты- 7,4*10^{9} /л, Э-1%, С-64%, Л-25%, М- 9%, тромбоциты- 180*10^{9} /л, СОЭ- 2 мм/ч.

10. Дайте клиническую трактовку: Hb-56 г/л. Эр- 1,8*10^{12} /л, ЦП-1,0, лейкоциты- 8,6*10^{9} /л, ретикулоциты- 12%, микроцитоз, СОЭ- 50мм/ч. Билирубин общий- 56 мкмоль/л, прямой- 4,4мкмоль/л, непрямой- 51,6 мкмоль/л

11. Дайте клиническую трактовку:
Hb-100 г/л. Эр- $2,6*10^{12}$ /л, лейкоциты- $4,8*10^{9}$ /л, миелобласты – 2%, промиелоциты- 8%, миелоциты- 26%, метамиелоциты – 14%, П-21%, С-20%, Лимф-8, М-1%, СОЭ- 30мм/ч.

12. Дайте клиническую трактовку:
Hb-76 г/л. Эр- $2,5*10^{12}$ /л, лейкоциты- $2,0*10^{9}$ /л, ЦП-1,0 бластные клетки –95%, П-0%, С-2%, Л- 3%,ретикулоциты- 1,3%, тромбоциты- $18*10^{3}$ /л, СОЭ- 60 мм/ч.

Цитохимические данные: бластные клетки обладают высокой миелопероксидазной активностью, умеренной активностью кислой фосфатазы и неспецифической эстеразы.

13. Дайте клиническую трактовку:
С-реактивный белок ++. Серомукоид- 54,4 мкмоль/л. Сиаловые кислоты- 0,280. Реакция Ваалер - Роузе- титр 1:128.

14. Дайте клиническую трактовку:
Hb-81 г/л. Эр- $2,4*10^{12}$ /л, лейкоциты- $8,0*10^{9}$ /л, ЦП-1,0. Лейкоцитарная формула без особенностей. Ретикулоциты- 18%, тромбоциты- $250*10^{9}$ /л, СОЭ- 19 мм/ч. Мазок – микросфероцитоз (диаметр эритроцитов 6,53мкм). Осмотическая резистентность эритроцитов: макс.- 0,6%, миним.- 0,4%

15. Дайте клиническую трактовку анализа выпота плевральной полости: Уд. Вес- 1030, белок- 25 г/л, лейкоциты- 15-20 в п/зр, Эритроциты- 2-3 в п/зр, Реакция Ривольты – положительная.

16. Дайте клиническую трактовку анализа выпота плевральной полости: Уд. Вес- 1027, белок- 30 г/л, Лейкоциты – 1-2 в п/зр, Эритроциты- 13-15 в п/зр, Реакция Ривольты- положительная, Лимфоциты- 20-30 в п/зр, в осадке атипичные клетки.

17. Дайте клиническую трактовку. Общий анализ мочи - удельный вес – 1012, лейкоцит. – 4-5 в п/зр., эритроц. – 3-4 в п/зр., белок – 0,12; Анализ мочи по Нечипоренко: лейк. – 7000, эритр. – 2500, цил. – 40. Креатинин крови – 269 мкмоль/л.

18. Какому заболеванию соответствует данный анализ крови: НЬ - 201 г/л, эр. - 7,3х10^{12}/л, цв. пок. - 0.95, лейк. - 18, 3х10^{9}/л, баз. - 0%, эоз. - 15%, п/я - 5%, с/я - 50%, лимф. - 25%, мои. -5%, тромб. - 500х10^{9}/л, СОЭ - 1 мм/час.

19. Какому заболеванию соотвествует данный анализ крови:
Анализ крови: НЬ -100 г/л, эр. – 3,0х10^{12}/л, лейк. - 9.5х10^{9}/л, СОЭ -34 мм/час. Мочевина крови - 24.2 ммоль/л, креатинин - 520 мкмоль/л, калий сыворотки - 7.0 ммоль/л, натрий -126 ммоль/л, хлор - 88 ммоль/л, КЩС - рН - 7.34.

20. Какому заболеванию соответствует данный анализ крови: НЬ - 88 г/л, эр. - $3x10^{12}$/л, лейк. -10 x 10^{9}/л, СОЭ -46 мм/час. Анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 3.5 г/л, лейк. - 2-3 в п/зр, эр. - единичные в п/зр., креатинин - 80 мкмоль/л.

21. Какому заболеванию соответствует данный анализ крови : Нв - 102 г/л, эр.-4,1x10*12 /л, Лейк.- 28 x 10^{9} /л, Э - 1, П - 5, С - 30, Лимф. - 62, М - 2, СОЭ - 38 мм в час.
Ваш диагноз?

22. Дайте клиническую трактовку анализа крови: Нв - 102 г/л, эр.-$4,1x10^{12}$ /л, Лейк.- 28 x 10^{9}/л, Э – 1%, П – 7%, С – 30%, Лимф. – 62%, М – 2%, СОЭ - 38 мм в час.

23. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ - 78 г/л, эр. - $2,34x10^{12}$/л, лейк. -4,7х10/л, СОЭ-68 мм/час. Общий белок крови -95 г/л.

24. Какому заболеванию соответствует данный анализ крови: НЬ - 78 г/л, лейк. - $1.8x10^{9}$/л, эоз. - 1%, баз. - 1%, нейтр. -19%, лимф. 77%, мон. - 2%, ретикул. - 7%, тромб. - $96x10^{9}$ /л, анизо -пойкилоцитоз, СОЭ - 68 мм/час.

25. Какому заболеванию соответствует данный анализ крови: НЬ - 105 г/л, эр. - $4.5x10^{12}$/л, ретикулоциты - 14%, лейкоциты, тромбоциты - норма. В мазке крови много сферической формы, мелкого размера эритроцитов. Билирубин общий - 36 мкмоль/л, непрямой -31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

26. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ - 80 г/л, эр. - $2.4x10^{12}$/л, цв. пок. - 1.0, лейк. – $9,8x10^{9}$л, п/я - 6, с/я - 67, эоз. - 3, баз. - 0.5, лимф. - 20, мон. - 3.5, тромб. - 150000, ретик. - 15%, СОЭ - 30 мм/час. Диаметр большинства эритроцитов -6.2 микрона. Реакция Кумбса - отрицательная, билирубин - 28.5 ммоль/л, непрямой - 26 ммоль/л.

27. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ - 88 г/л, лейк. - $75x10^{9}$/л, п/я - 2%, с/я - 8%, лимф. -90%, тромб. - $100x10^{9}$л, ретикул. - 5%.

28. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ - 50 г/л, эр. - $2.2x10^{12}$/л, ЦП - 1.3, лейк. - $2.5x10^{9}$л, эоэ. - 1%, п/я - 4%, с/я - 38%, лимф. - 42%, мои. -11%, тромб. - $70x10^{9}$/л, СОЭ - 40 мм/час, билирубин -34 мкмоль/л, непрямой – 18,9

29. Дайте клиническую трактовку анализа крови: мочевина крови - 45 ммоль/л, креатинин - 480 мкмоль/л, белок - 68 г/л, натрий - 145 ммоль/л, калий - 4.73 ммоль/л, кальций - 2 мкмоль/л. Диурез -1200 мл.

30. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ -100 г/л, лейк. - $13x10^{9}$/л, эоз. -11%, п/я - 4%, с/я -62%, лимф. -14%, мон- 6, тромб. – $80,0x10^{9}$л, СОЭ - 40 мм/час.

31. Дайте клиническую трактовку анализа крови: НЬ -105 г/л, лейк. - $5.8x10^9$/л, формула не изменена, тромбоциты - $15x10^9$/л.

32. Дайте клиническую трактовку анализа крови: Нв – 76 г/л, число эритроцитов – $1,7*10^{12}$ /л, лейкоцитов -2,8 10^9 /л, тромбоцитов -$80*10^9$ /л.

33. Выберите диагностические критерии В12- дефицитной анемии:
34.1.Hb-70 г/л, Эр-2,7 * 10^{12} /л, ЦП- 0,7.
35.2.Hb-70 г/л, Эр- 2,7* 10^{12} /л, ЦП-1,2
36.3.Hb-70 г/л, Эр-2,7* 10^{12} /л, ЦП-0,9.

37. Дайте клиническую трактовку: Hb-56 г/л. Эр- 1,8*10^{12} /л, ЦП-1,0, лейкоциты- 8,6*10^{9} /л, ретикулоциты- 12%,СОЭ- 50мм/ч. Билирубин общий- 56 мкмоль/л, прямой- 4,4мкмоль/л, непрямой- 51,6 мкмоль/л

38. Дайте клиническую трактовку: Hb-62 г/л. Эр- 1,5*10^{12} /л, ЦП-1,2, лейкоциты- 6,4*10^{9} /л, ретикулоциты- 0,3%, в мазке встречаются единичные мегалоциты.

39. Удельный вес мочи 1024, белок – 3,6 г/л, лейкоц. – 9 – 10, эритроц. свеж.- 15 – 16 в п/зр., выщелоченных – 13 – 15 в п/зр., цилиндр. зернистые – 8 – 9 в п/зр. Креатинин крови – 266 мкмоль/л.

40. Дайте клиническую трактовку: Hb-70 г/л. Эр- $2,5*10^{12}$ /л, лейкоциты- $12,42*10^{9}$ /л, ЦП-0,8, промиелоциты- 10%, миелоциты- 12%, метамиелоциты – 18%, П-12%, С-20%, Л-16%, М-4,СОЭ- 60 мм/ч.

РЕЦЕПТЫ

1.Выпишите рецепты на антибиотики пенициллинового ряда:

бензилпениллин, амоксициллин, ампициллин

2.Выпишите рецепты на макролиды:

эритромицин, азитромицин, джозамицин

3.Выпишите рецепты на аминогликликозиды:

гентамицин, канамицин, амикацин

4.Выпишите рецепты на цефалоспорины:

цефотаксим, цефтриаксон, цефепим

5.Выпишите рецепты на нестероидные противовоспалительные препараты:

диклофенак, ибупрофен, индометацин

6.Выпишите рецепты на глюкокортикостероиды:

преднизолон, дексаметазон, урбазон

7.Выпишите рецепты на амиодарон, лидокаин, атенолол

8.Выпишите рецепты на строфантин, изоптин, новокаинамид

9.Выпишите рецепты на пропафенон, аллапенин, хинидин.

10.Выпишите рецепты на преднизалон, триамцинолон, гидрокортизон

11.Выпишите рецепты на ибупрофен, целебрекс, вольтарен

12.Выпишите рецепты на антагонисты кальция

13.Выпишите рецепты на цитостатик: метатрексат, циклофосфан, меркатопурин.

14.Выпишите рецепты на диуретики: диакарб, лазикс, торасемид

15. Укажите препараты для проведения базисной терапии ревматоидного артрита. Выпишите рецепты.

16.Выпишите рецепты на ингибиторы АПФ

17. Выпишите рецепты на бетаблокаторы

18. Выпишите рецепты на сердечные гликозиды

19. Назовите этапы лечения острого лейкоза, выпишите рецепты программы «7+3»

20. Выпишите рецепты на клофелин, капотен, коринфар

21. Перечислите основные принципы и группы антибактериальных препаратов, применяемых при лечении хронического пиелонефрита, выпишите рецепты.

22. Выпишите рецепты на бронхорасширяющие препараты

23. Выпишите рецепты на ингаляционные селективные В2 симпатомиметики

24. Выпишите рецепты на антиагреганты

25. Выпишите рецепты на пероральные антикоагулянты

26. Выпишите рецепты на антибиотики фторхинолонового ряда

27. Выпишите рецепты на диувер, верошпирон, фуросемид

28. Выпишите рецепты на лизиноприл, периндоприл, эналаприл

29. Выпишите рецепты на метопролол, атенолол, бисопролол

30. Выпишите рецепты на амлодипин, капоприл, клонидин.

31. Выпишите рецепты на глюкокортикостероиды: преднизолон, дексаметазон, урбазон

32. Выпишите рецепты на ингибиторы АПФ: каптоприл, периндоприл, эналаприл

33. Выпишите рецепты на блокаторы кальциевых каналов: верапамил, амлодипин, нифедипин

34. Выпишите рецепты на бетаблокаторы: бисопролол, атенолол, метопролол

35. Выпишите рецепты на бронходилататоры: эуфиллин, теопек, тетард

36. Выпишите рецепты на антикоагулянты: герарин, эноксипарин, фраксипарин.

37. Выпишите рецепты на базисные противовоспалительные препараты при лечении РА: сульфосалазин, делагил, лефлюномид.

40. Выпишите рецепты на антагонисты Са: нифедипин, амлодипин, дилтиазем

41. Выпишите рецепты на холеретики: аллахол, холензим, холагон

42. Выпишите рецепты на холекинетики: сернокислая магнезия, ровахол, олиметин

43. Выпишите рецепты на сульфасалазин, имуран, делагил,

44. Выпишите рецепты на мононитраты пролонгированного действия

45. Выпишите рецепты на фурадонин, невиграмон, нитроксолин

46. Выпишите рецепты на оксациллин, эритромицин, левомицитин

47. Выпишите рецепты на ингаляционные бронхолитики для лечения ХОБЛ

48. Выпишите рецепты на викасол, аминокапроновую кислоту, дицинон

49. Выпишите рецепты на метотрексат, винкристин, рубомицин

50. Выпишите рецепты на миелобромол, метотрексат, циклофосфан