

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Кафедра внутренних болезней
стоматологического факультета

ПОСОБИЕ

для студентов 3 курса стоматологического
факультета по подготовке к экзамену на кафедре
внутренних болезней
стоматологического факультета:
«Внутренние болезни.
Клиническая фармакология».

Санкт-Петербург, 2019

Составители: зав. кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета проф. И.А. Горбачева, зав. учебной частью доцент П.С. Шабак-Спасский, проф. А. И. Кирсанов.

Введение:

Пособие рассчитано для студентов 3 курса стоматологического факультета ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, сдающих экзамен по дисциплине «Внутренние болезни. Клиническая фармакология» и является программой для подготовки к экзамену.

Пособие составлено в соответствии с учебным планом по по дисциплине «Внутренние болезни. Клиническая фармакология» и предназначено для облегчения самостоятельной подготовки студентов к экзамену.

Пособие включает:

1. Порядок проведения экзамена.
2. Экзаменационные вопросы.
3. Экзаменационные ситуационные задачи с эталонами ответов.
4. Примеры экзаменационных наборов по оценке дополнительных методов исследования с эталонными заключениями.
5. Список обязательной и дополнительной литературы для подготовки к экзамену.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА.....	4
II. ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ БИЛЕТОВ ЭКЗАМЕНА.....	5
III. ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ	12
VI. ПРИМЕРЫ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ НАБОРОВ ПО ОЦЕНКЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ С ЭТАЛОННЫМИ ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ.....	23
1. Клинические анализы крови с эталонными заключениями.....	24
2. Биохимические анализы крови с оценкой и трактовкой показателей	27
3. Анализы мочи при заболеваниях мочевыделительной системы с эталонными заключениями	30
4. ЭКГ с эталонными заключениями.....	33
5. Рентгенограммы с эталонными заключениями.....	47
V. СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ	49

I. Порядок проведения экзамена

1. Студенты должны приходить на экзамен в Клиническую больницу Святителя Луки (ул. Чугунная, д. 46) за 15 минут до его начала.
2. Надеть халат и сменную обувь студент должен в вестибюле больницы, а вещи оставить в учебной комнате, в которой группа сдаёт экзамен.
3. Экзамен проходит в учебных комнатах №1 и №2 (1 этаж).
4. За 10 минут до начала экзамена староста экзаменуемой группы сдаёт зачётные книжки студентов группы на проверку экзаменатору. Экзаменатор проверяет наличие зачётов по модулям:

1. «Пропедевтика внутренних болезней»
2. «Внутренние болезни»
3. «Клиническая фармакология»

К экзамену допускаются студенты, имеющие зачёты по всем трём модулям.

Примечание:

1. Форма одежды на экзамене: халат, сменная обувь.
2. Мобильные устройства и средства связи брать на экзамен категорически запрещается (их необходимо оставить в сумке под контролем преподавателя).
3. Сдача экзамена проводится строго по расписанию. Опоздавшие студенты к сдаче экзамена не допускаются.
4. Сдавать экзамен не со своей группой категорически запрещено. Не допущенные до сдачи экзамена или получившие на экзамене «2» сдают экзамен только на пересдаче.
5. Первая пересдача будет 17 июня (понедельник) 2019 года в КБСЛ в уч. комнате № 2, 1 этаж в 15:00.
Комиссионная пересдача будет 17 сентября (вторник) 2019 года в КБСЛ в уч. комнате № 2, 1 этаж в 15:00.

Каждый билет экзамена состоит из 4-х вопросов.

Первый и второй вопросы - по внутренним заболеваниям. Первый вопрос сформулирован очень полно, второй - более кратко, с акцентом, как правило, на неотложное состояние и его лечение. Второй вопрос билета может представлять собой ситуационную задачу.

Вопросы по внутренним заболеваниям имеют стоматологические аспекты.

Третий вопрос билета - по клинической фармакологии.

Четвертый вопрос билета - оценка лабораторного или инструментального исследования (клинический или биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ или рентгенограмма).

Примечание: На подготовку к ответу по билету дается не более 30 минут.

Пример экзаменационного билета:

1. Гипертоническая болезнь. Классификация. Клиника. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при лечении больного с гипертонической болезнью.
2. Дифференциальный диагноз между диабетическим кетоацидозом и гипогликемическим состоянием.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Химические свойства. Классификация. Механизм действия.
4. Оценка клинического анализа крови.

Примечание: Общее количество билетов: 34

II. Экзаменационные вопросы билетов экзамена

Примечание: студент должен знать основные положения по каждой нозологической форме: определение болезни, классификация, этиология и патогенез, патологическая анатомия, клиника, данные дополнительных методов исследований, варианты течения заболевания, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

1. Вопросы по внутренним заболеваниям (первые или вторые вопросы билета)

Заболевания сердечно-сосудистой системы.

- 1) Гипертоническая болезнь. Классификация. Клиника. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при лечении больного с гипертонической болезнью.
- 2) Гипертоническая болезнь. Осложнения. Неотложная терапия гипертонического криза в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 3) Симптоматические артериальные гипертензии. Особенности клинических проявлений. Принципы лечения.

- 4) ИБС. Стенокардия. Виды стенокардии. Клиника. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при лечении больного со стенокардией.
- 5) Стенокардия. Неотложная терапия приступа стенокардии в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 6) Инфаркт миокарда. Клинические формы. Диагностика. Осложнения. Тактика стоматолога при подозрении на инфаркт миокарда в условиях стоматологической поликлиники.
- 7) Инфаркт миокарда. Периоды течения. Лечение больного в острейшей стадии инфаркта миокарда в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 8) Дифференциальная диагностика стенокардии и инфаркта миокарда в условиях стоматологической поликлиники и стационара.
- 9) Экстрасистолия. Причины. Виды. Клиника. Лечение (выписать рецепты).
- 10) Пароксизмальная тахикардия. Причины. Виды. Клиника. Неотложная помощь в условиях стоматологической поликлиники и стационара.
- 11) Мерцательная аритмия. Причины. Формы. Клиника. Неотложная помощь при приступе мерцательной тахиаритмии в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты)- Показания к электроимпульсной терапии.
- 12) Нарушения предсердно-желудочковой проводимости Причины. Степени. Клиника. Неотложная помощь у больных с полным атриовентрикулярным блоком в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты). Показания к электрокардиостимуляции.
- 13) Кардиогенный шок. Виды. Клиника. Неотложная терапия кардиогенного шока в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 14) Острая левожелудочковая недостаточность: сердечная астма и отек легких. Клиника. Неотложная терапия и условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 15) Клиническая смерть (фибрилляция желудочков, асистолия желудочков). Диагностика. Реанимационные мероприятия при клинической смерти в условиях стоматологической поликлиники и стационара.
- 16) Дифференциальный диагноз между сердечной и бронхиальной астмой.
- 17) Ревматизм. Классификация (Нестеров А.И.). Роль очаговой инфекции. Клиника.
- 18) Ревматизм. Лечение ревматизма в активной фазе. Тактика стоматолога при решении вопроса о санации полости рта. Медикаментозная профилактика (выписать рецепты).
- 19) Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс, шок). Причины. Клиника. Неотложная помощь в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 20) Ситуационная задача №1.
- 21) Ситуационная задача №2.
- 22) Ситуационная задача №3.
- 23) Ситуационная задача №4.
- 24) Ситуационная задача №5.

- 25) Очаговая пневмония. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 26) Крупозная пневмония. Этиология. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение (выписать рецепты).
- 27) Хронический бронхит. Клинические формы. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 28) Бронхиальная астма. Классификация (Адо А.Д., Булатов П.К.; Федосеев Г.Б.). Клиника. Диагностика.
- 29) Бронхиальная астма. Неотложная терапия приступа в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 30) Аспирационный синдром и особенности бронхолегочных осложнений у стоматологических больных.
- 31) Ситуационная задача №6.
- 32) Ситуационная задача №7.
- 33) Ситуационная задача №8.
- 34) Ситуационная задача №9.

2. Вопросы по внутренним заболеваниям (первые или вторые вопросы билета)

Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.

- 1) Язвенная болезнь. Клинические проявления в зависимости от локализации язвы. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 2) Хронические гастриты. Клинические формы. Диагностика. Изменения слизистой полости рта. Лечение (выписать рецепты).
- 3) Хронический холецистит и холангит. Клиника. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 4) Желчнокаменная болезнь. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь при печеночной колике в условиях стоматологической поликлиники и стационара (выписать рецепты).
- 5) Хронический гепатит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 6) Цирроз печени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 7) Ситуационная задача №10.
- 8) Ситуационная задача №11.

Заболевания мочевыделительной системы

- 9) Острые гломерулонефриты. Клинические формы и проявления. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 10) Хронические гломерулонефриты. Клинические формы и проявления. Диагностика. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при санации полости рта.
- 11) Хронический пиелонефрит. Клинические формы. Диагностика. Лечение (выписать рецепты).
- 12) Нефротический синдром. Основные причины. Клиника. Диагностика.
- 13) Амилоидоз почек. Причины. Клиника. Диагностика.
- 14) Хроническая почечная недостаточность. Причины. Классификация (Рябов СИ., Бондаренко Б.Б.). Клиника. Изменения в полости рта. Диагностика.

- 15) Хроническая почечная недостаточность. Лечение (консервативные и активные методы). Показания к гемодиализу.
- 16) Острая почечная недостаточность. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 17) Ситуационная задача №12.
- 18) Ситуационная задача №13.

Заболевания эндокринной системы

- 19) Сахарный диабет. Классификация. Клиника. Состояние полости рта. Основные принципы лечения (выписать рецепты).
- 20) Сахарный диабет. Диабетический кетоацидоз и гиперосмолярная кома. Клиника. Лечение (выписать рецепты).
- 21) Гипогликемическое состояние. Клиника. Неотложная терапия (выписать рецепты).
- 22) Дифференциальный диагноз между диабетическим кетоацидозом и гипогликемическим состоянием.
- 23) Ситуационная задача №14.

Заболевания системы крови

- 24) Железодефицитная анемия. Причины. Клинические синдромы. Лабораторная диагностика. Изменения в полости рта. Лечение (выписать рецепты).
- 25) Анемии, связанные с дефицитом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. Клинические синдромы. Лабораторная диагностика. Изменения в полости рта. Лечение (выписать рецепты).
- 26) Острый лейкоз. Клинические синдромы. Лабораторная диагностика. Изменения в полости рта. Принципы терапии. Тактика стоматолога при лечении больных острым лейкозом.
- 27) Хронический миелолейкоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Изменения в полости рта.
- 28) Хронический лимфолейкоз. Клиника. Лабораторная диагностика. Изменения в полости рта. Лечение. -
- 29) Болезнь Шенляйна-Геноха (геморрагический васкулит). Клиника. Изменения в полости рта. Лечение (выписать рецепты).
- 30) Болезнь Верльгофа (тромбоцитопения). Клиника. Изменения в полости рта. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при лечении больных тромбоцитопенией.
- 31) Гемофилия. Клиника. Лечение (выписать рецепты). Тактика стоматолога при лечении больных тромбоцитопенией.
- 32) Ситуационная задача №15.

Непереносимость лекарственных препаратов.

- 33) Анафилактический шок. Тактика стоматолога в условиях стоматологической поликлиники и стационара.
- 34) Ситуационная задача №16.

Примечание: Студент должен выписать 2 рецепта на основные лекарственные средства, применяемые при лечении той или иной нозологической формы.

3. Вопросы по клинической фармакологии (третьи вопросы билетов)

- 1) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Химические свойства. Классификация. Механизм действия.
- 2) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Основные терапевтические эффекты (противовоспалительный, обезболивающий, жаропонижающий, антиагрегатный).
- 3) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): парацетамол, аспирин, диклофенак, ибупрофен, индометацин, кетопрофен, пироксикам. Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2): мелоксикам, целикоксиб, ксефокам. Комбинированные препараты, включающие: спазмолитики, кофеин, аскорбиновую кислоту, хлофенамин, псевдоэфедрин.
- 4) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Принципы выбора и дозирования. Нежелательные эффекты: повреждения слизистой оболочки желудка и кишечника, нефротоксическое действие, гематотоксичность, гепатотоксичность, аллергические реакции, бронхообструкция, стоматиты и др.
- 5) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Противопоказания. Клинические особенности применения при беременности, лактации, у детей.
- 6) Глюкокортикостероиды (ГКС). Классификация. Механизм действия. Клинически значимые фармакодинамические эффекты: противовоспалительный, иммуномодулирующий, противоаллергический, влияние на систему крови, взаимодействие с симпатoadреналовой системой, влияние на сердечнососудистую систему, влияние на эндокринные функции, влияние на обмен веществ.
- 7) Глюкокортикостероиды (ГКС). Глюкокортикостероиды для системного применения: гидрокортизон, метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон, триамцинозон. Глюкокортикостероиды для местного применения. Ингаляционные глюкокортикостероиды (бетаметазон). Препараты для интра- и периартикулярного введения и наружного применения в области лица (гидрокортизона ацетат, гидрокортизона-17-бутират, предникарбат, мометазонафууроата).
- 8) Глюкокортикостероиды (ГКС). Принципы выбора и дозирования. Нежелательные эффекты: ЦНС, ЖКТ, ССС и гемостаз, эндокринная система, иммунная система, водно-электролитный обмен, костно-мышечная система, кожа, регенерация, глаза.
- 9) Глюкокортикостероиды (ГКС). Противопоказания к применению (абсолютные и относительные). Применения при беременности и лактации. Виды терапии ГКС (заместительная, супрессивная, фармакодинамическая). Тактика ведения стоматологических больных, получающих, или ранее получавших, ГКС.
- 10) Антибактериальные препараты. Пенициллины. Классификация пенициллинов. Природные, с расширенным спектром активности (аминопенициллины), антисинегнойные, ингибиторозащищенные, комбинированные. Нежелательные реакции.
- 11) Антибактериальные препараты. Цефалоспорины. Классификация цефалоспоринов. Цефалоспорины I, II, III, IV поколений. Нежелательные реакции.

- 12) Антибактериальные препараты. Карбапенемы. Сравнение карбапенемов с цефалоспоридами III-IV поколений.
- 13) Антибактериальные препараты. Аминогликозиды. Классификация аминогликозидов. Тетрациклины. Нежелательные реакции.
- 14) Антибактериальные препараты. Макролиды. Линкозамиды. Гликопептиды. Нежелательные реакции.
- 15) Антибактериальные препараты. Хинолоны и фторхинолоны. Классификация. Нежелательные действия.
- 16) Антибактериальные препараты. Нитрофураны. Сульфаниламиды и котримоксазол. Нежелательные действия.
- 17) Антибактериальные препараты. Антибиотики разных групп: фузидиевая кислота, хлорамфеникол, рифампицин, мупироцин, метронидазол.
- 18) Антибактериальные препараты. Противовирусные препараты. Классификация: противогерпетические, противоициотомегаловирусные, противогриппозные, расширенного спектра (ламивудин, рибавирин, интерфероны), антиретровирусные препараты (АРП). Противогерпетические и противоициотомегаловирусные препараты.
- 19) Антибактериальные препараты. Противогриппозные препараты. Механизм действия, спектр активности, нежелательные реакции, противопоказания.
- 20) Антибактериальные препараты. Противовирусные препараты с расширенным спектром активности: рибавирин, ламивудин, интерфероны. Механизм действия, спектр активности, нежелательные реакции. Показания и противопоказания. Антиретровирусные препараты (АРП). Механизм действия, спектр активности, нежелательные реакции. Показания и противопоказания.
- 21) Антибактериальные препараты. Противогрибковые препараты. Классификация. Показания к применению в стоматологии.
- 22) Препараты, влияющие на гемостаз. Прямые антикоагулянты. Лабораторный контроль, эффективность и безопасность гепарина. Нежелательные реакции. Противопоказания.
- 23) Препараты, влияющие на гемостаз. Непрямые антикоагулянты. Лабораторный контроль, эффективность, безопасность. Нежелательные реакции. Тактика ведения стоматологических пациентов, получающих непрямые антикоагулянты.
- 24) Препараты, влияющие на гемостаз. Антитромбоцитарные средства. Классификация. Показания к применению. Нежелательные реакции.
- 25) Препараты, влияющие на гемостаз. Антигеморрагические средства. Классификация. Механизм действия. Побочные действия. Показания к применению в стоматологии. Особенности остановки кровотечения при экстракции зуба.
- 26) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. ИБС: стенокардия, инфаркт миокарда.
- 27) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Гипертонический (гипертензивный) криз.
- 28) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Нарушение сердечного ритма и проводимости.
- 29) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Острая левожелудочковая недостаточность.
- 30) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Приступ бронхиальной астмы.

- 31) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Крапивница. Отек Квинке.
- 32) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Анафилактический шок.
- 33) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Судорожный синдром.
- 34) Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях. Гипертермический синдром.

4. Вопросы по оценке лабораторного или инструментального исследования (четвертые вопросы билетов).

1-9. Оценка клинического анализа крови (в 9 билетах из 34)

В билете представлен *один из* следующих анализов крови:

- 1) Железо дефицитная анемия.
- 2) ВД2 -фолиеводефицитная анемия.
- 3) Гипо-, апластическая анемия.
- 4) Тромбоцитопения (болезнь Верльгофа).
- 5) Эритремия (болезнь Вакеза).
- 6) Острый недифференцированный лейкоз.
- 7) Хронический миелолейкоз.
- 8) Хронический лимфолейкоз.
- 9) Анализ крови при воспалительном процессе.
- 10) Анализ крови при аллергической реакции.

10-13. Оценка биохимического анализа крови (в 4 билетах из 34)

В билете представлен один из следующих биохимических анализов крови:

- 1) Белки и белковые фракции.
- 2) Глюкоза натощак.
- 3) Общие липиды, холестерин, β -липопротеиды.
- 4) Билирубин общий, прямой, непрямой.
- 5) Аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза.
- 6) Креатинин, мочевины.
- 7) Натрий, калий, кальций, хлор.

14- 20. Оценка анализа мочи (в 7 билетах из 34)

В билете представлен один из следующих анализов мочи:

- 1) При гломерулонефрите
- 2) При нефротическом синдроме.
- 3) При пиелонефрите.
- 4) При мочекаменной болезни (после почечной колики).
- 5) При сахарном диабете.
- 6) Проба Зимницкого при пиелонефрите, ХПН.
- 7) Проба Нечипоренко при пиелонефрите и других воспалительных процессах в мочевыделительной системе.

21-29. Оценка ЭКГ (в 9 билетах из 34)

В билете представлена одна из следующих электрокардиограмм:

- 1) Гипертрофия левого желудочка.

- 2) Гипертрофия правого желудочка.
- 3) Предсердная экстрасистолия.
- 4) Желудочковая экстрасистолия.
- 5) Желудочковая бигеминия.
- 6) Групповая желудочковая экстрасистолия.
- 7) Пароксизмальная тахикардия (суправентрикулярная форма).
- 8) Пароксизмальная тахикардия (желудочковая форма).
- 9) Мерцательная аритмия.
- 10) Нарушения предсердно-желудочковой проводимости различной степени (1, 2А, 2Б, 3).
- 11) Блокада левой ножки пучка Гиса.
- 12) Блокада правой ножки пучка Гиса.
- 13) Инфаркт миокарда передней стенки, острый период.
- 14) Инфаркт миокарда передней стенки, подострый период.
- 15) Инфаркт миокарда передней стенки, период рубцевания.
- 16) Инфаркт миокарда задней стенки, период рубцевания.

30-34. Оценка рентгенограммы (в 5 билетах из 34)

В билете представлена одна из следующих рентгенограмм;

- 1) Очаговая пневмония.
- 2) Крупозная пневмония.
- 3) Абсцесс легкого.
- 4) Экссудативный плеврит.
- 5) Пневмоторакс.
- 6) Бронхограмма при бронхоэктазах.
- 7) Язва желудка.
- 8) Рак желудка.
- 9) Холецистограмма при желчнокаменной болезни.

III. Экзаменационные ситуационные задачи с эталонами ответов

№1

Во время обращения пациента к стоматологу у него сохранялись на протяжении около 30 минут интенсивные сжимающие боли за грудиной, прием нитроглицерина был малоэффективен. Ранее боли возникали за грудиной и купировались нитратами. Три дня назад боли стали продолжительнее и повторялись до 3-6 раз в сутки, облегчение наступало лишь после приема нескольких таблеток нитроглицерина.

Во время осмотра состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм.рт.ст. Тоны сердца незначительно ослаблены. В остальном - без существенных особенностей.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какова Ваша тактика?

Ответ

- 1) ИБС. Нестабильная стенокардия (прогрессирующая стенокардия напряжения).
- 2) Полноценное обезболивание, антиангинальные препараты в больших дозах (антагонисты кальция-финоптин, коринфар; нитраты, β_1 -адренергические

блокаторы), антикоагулянты (гепарин). Транспортировка в специализированное отделение (вызов кардиологической бригады скорой помощи).

№2

Пациент 62 лет обратился в стоматологический кабинет с жалобами на сильную боль в нижней челюсти. Десять лет страдает гипертонической болезнью. Последние два года периодически стал отмечать боль в нижней челюсти, которая возникала при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. После небольшого отдыха боль проходила. За месяц до обращения к стоматологу боль стала интенсивнее и продолжительнее (длилась 30 минут), появлялась даже в покое, во время сна, сопровождалась страхом смерти.

Осмотревший пациента стоматолог увидел разрушенную коронку левого третьего моляра, диагностировал пульпит и удалил зуб. Сразу же после этого развился особенно интенсивный приступ боли в нижней челюсти, сопровождавшийся удушьем, головокружением, холодным потом.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные и влажные. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 ммрт.ст. Тоны сердца глухие. Число дыханий 26 в 1 минуту. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы.

- 1) Сформулируйте предположительный диагноз.
- 2) О чем могут свидетельствовать влажные хрипы в легких?
- 3) Какова Ваша тактика?
- 4) Каковы причины диагностической ошибки врача стоматолога?

Ответ

1) ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок. Отек легких.

2) Хрипы свидетельствуют о застое в легких.

3) В условиях стоматологического кабинета до приезда кардиологической бригады необходимо:

а) Купирование болевого синдрома анальгетиками, морфием и его производными, нейролептоаналгетиками.

б) Борьба с шоком: увеличение объема циркулирующей крови, прессорные амины, глюкокортикоиды, малые дозы сердечных гликозидов.

в) Антиаритмическая терапия: лидокаин, соли калия.

г) Антикоагулянтная терапия.

4) Причины ошибки:

а) Атипичная локализация болевого синдрома.

б) Не были учтены анамнестические данные (не собран анамнез?): внезапное появление боли, исчезновение ее после прекращения физической нагрузки. Было оставлено без внимания нарастание интенсивности и продолжительности боли, появление ее даже в покое, во время сна, чувство страха при этом, что говорило о прогрессирующей ишемической болезни сердца.

№3

Пациент 39 лет на приеме у стоматолога жаловался на боль в обеих челюстях, общую слабость. Страдал гипертонической болезнью, много курит. В течение полугола отмечает приступы жгучей боли в челюстях при быстрой ходьбе и

физической нагрузке. Изредка боль распространялась на переднюю поверхность шеи, верхнюю треть грудины. После 5-10 минут отдыха боль проходила. Ранее обращался в поликлинику и две недели безуспешно лечился по поводу обострения хронического периодонтита.

Стоматологом было произведено удаление зуба. Спустя несколько минут развился тяжелейший приступ боли в челюстях и за грудиной, сопровождавшийся тошнотой и холодным потом.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. АД 100/50 мм рт.ст. 1 тон ослаблен. В остальном - без особенностей.

Ваш предположительный диагноз?

Назначьте экстренную терапию.

Каковы причины диагностической ошибки?

Ответ

1) ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок?

2) Купирование болевого синдрома: морфин, промедол, фентанил с дроперидолом.

Улучшение сократительной способности миокарда: строфантин или коргликон.

Борьба с шоком: кордиамин, симпатомиметики, увеличение объема циркулирующей крови (плазмозаменители).

3) Причины ошибки:

- Атипичная локализация боли.
- Молодой возраст больного (возраст больных не должен определять тактику врача, так как в последнее время ишемическая болезнь сердца все чаще встречается у людей молодого возраста).

№4

Пациент 35 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на острую зубную боль. При подъеме по лестнице в стоматологический кабинет внезапно появились раздирающие боли за грудиной, слабость.

Сопровождающие его лица сообщили врачу-стоматологу, что больному стало плохо, он побледнел, покрылся потом и чуть не упал на пол, жаловался на резкую боль в области сердца.

Врач посадил больного на стул и начал подсчитывать пульс, измерять АД.

Больной был удовлетворительного питания, перед этим ничем не болел. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 100/80 мм рт. ст.

Врач еще не закончил осмотр, как больной потерял сознание. Пульс и АД не определялись, зрачки расширились, на свет не реагируют, единичные храпящие дыхательные движения, быстро нарастал цианоз. Зарегистрированная ЭКГ в первом стандартном отведении выявила фибрилляцию желудочков. Врач совместно с помощниками начал наружный массаж сердца, искусственное дыхание; внутривенно введено 6 мл 2% раствора лидокаина и 10 мл панангина.

Не приходя в сознание, больной умер.

На секции во внутренних органах патологических изменений не обнаружено, также не выявлено очаговых изменений и в миокарде.

1) Учитывая клинические данные и данные секции, сформулируйте диагноз и укажите непосредственную причину смерти больного.

2) Проанализируйте тактику врача и укажите, была ли допущена ошибка при оказании неотложной помощи больному или ее не было?

- 3) Если ошибка была, укажите ее.
- 4) Как Вы поступили бы в подобной ситуации? Перечислите по порядку свои действия.

Ответ

- 1) ИБС. Острая коронарная недостаточность, фибрилляция желудочков.
- 2) Врач допустил ошибку - не предпринял срочных мер для купирования болевого синдрома.
 - а) Срочно купировать боль. Для этого больного нужно уложить на топчан, дать таблетку нитроглицерина и при отсутствии эффекта ввести внутривенно наркотические анальгетики (промедол или морфин и фентанил с дроперидолом).
 - б) После купирования боли записать ЭКГ, закончить осмотр больного и срочно госпитализировать в кардиологическое отделение.
 - в) При наступлении фибрилляции желудочков произвести электрическую дефибрилляцию. С восстановлением ритма сердца внутривенно ввести бикарбонат натрия, ко-карбоксилазу, лидокаин (или тримекаин), калий-глюкозо-инсулиновую смесь.
 - г) Если отсутствует электрический дефибриллятор, то продолжать наружный массаж сердца и искусственное дыхание, ввести внутривенно адреналин 0,1%-1мл повторно каждые 5 мин., лидокаин 80-120 мг, новокаинамид 10% раствор 5-10 мл, бикарбонат натрия 2 мл/кг 4% раствора.

№5

Пациентка 59 лет при обращении к стоматологу пожаловалась на головные боли в теменно-затылочной части, одышку при ходьбе, приступы удушья в покое, перебои в области сердца. Повышение АД отмечает более 10 лет. В момент осмотра появилось удушье, кашель с выделением пенистой мокроты, давящие боли за грудиной. АД 245/135 мм рт.ст. Состояние тяжелое, бледна, кожа влажная. Дыхание над легкими ослабленное, много влажных хрипов с обеих сторон. Деятельность сердца аритмичная, тоны глухие, тахикардия до 140 в минуту. Печень выступает на I -2 см ниже реберной дуги. Отеков нет.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какова неотложная терапия?
- 3) Чем грозит больной снижение систолического давления до 100-110 мм рт.ст.?

Ответ

- 1) Гипертоническая болезнь III стадии, гипертонический криз. Отек легких.
- 2) Ганглиоблокаторы, миолитики, нитраты, быстродействующие мочегонные, при наличии аритмии β -блокаторы, кислород.
- 3) Возможно нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт).

'Доказано, что внутривенное введение стимуляторов сердечной деятельности на фоне массажа сердца практически столь же эффективно, как внутрисердечное, однако последнее сопряжено с возможностью риска прямого повреждения миокарда, проводящей системы сердца. В связи с этим показания к внутрисердечным введениям лекарственных препаратов должны быть максимально сужены.

№6

Во время стоматологического приема у пациентки 32 лет появился приступ удушья. В течение последних 2-х месяцев у больной, которая часто болела воспалениями легких, появились приступы удушья, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопное. Выражен акроцианоз.

Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом.

Экспираторная одышка, число дыханий в минуту - 26. Звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание везикулярное, резко ослабленное, рассеянные свистящие сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, число сердечных сокращений - 96 в 1 минуту. Пульс одинаков на обеих руках, мягкий, слабого наполнения, 96 ударов в минуту. АД на обеих руках 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении.

1) Ваш предположительный диагноз ?

2) Назначьте лечение.

Ответ

1) *Инфекционно-зависимая бронхиальная астма, течение средней тяжести. ДН1 ст. Астматическое состояние?*

2) *Бронхолитики (симпатомиметики: адреналин, эфедрин, эуспиран, беротек, сальбутамол; миолитики - эуфиллин).*

3) *Глюкокортикоиды.*

4) *Отхаркивающие средства.*

5) *Десенсибилизирующая терапия.*

6) *Профилактика простудных заболеваний, загрязнения воздушной среды, эффективное лечение воспалительных заболеваний легких.*

№7

Больная 48 лет, страдает приступами удушья с 19 лет, сопровождающимися затрудненным выдохом, сухим кашлем, потоотделением. Заболевание развилось после пневмонии. Обострения заболевания первые 10 лет болезни возникали раз в два-три года, продолжались в среднем 2 недели, были связаны с переохлаждением, обострениями бронхита, пневмониями. Приступы удушья купировались приемами эфедрина и теофедрина. Последнее время обострения заболевания участились. Приступы удушья стали возникать при вдыхании резких запахов, смене температур воздуха, эмоционального напряжения. Два года назад больной был назначен преднизолон (максимальная суточная доза 15 мг, минимальная поддерживающая доза 7,5 мг). Ухудшение состояния три дня назад: возник приступ удушья, который не купировался инъекциями лекарств, сделанными врачами неотложной помощи. Больная принимает 15 мг преднизолона в сутки.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз губ, щек, крыльев носа. Пульс 136 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены на верхушке. Число дыханий - 18 в минуту. Дыхание с удлиненным выдохом, свистящее, слышны хрипы на расстоянии. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно - коробочный звук. Выдох удлинен, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в большом количестве с обеих сторон. Пальпируется увеличенная печень на 2 см ниже края реберной

дуги по срединно-ключичной линии, уплотненная, малоблезненная.

Пастозность голеней.

- 1) Диагноз?
- 2) Неотложные мероприятия?

Ответ

1) *Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, тяжелое течение, гормонозависимая. Астматическое состояние.*

2) *Внутривенно капельное введение жидкости (глюкоза 5%, изотонический раствор), преднизолон струйно (90-120 мг) и капельно, эуфиллин внутривенно, кислородотерапия, лазикс внутривенно, муколитики. При отсутствии эффекта - искусственная вентиляция легких, фторотановый наркоз, промывание бронхов через бронхоскоп 2% раствором гидрокарбоната натрия, отсасывание мокроты.*

№8

Больной 56 лет находится в специализированном стационаре по поводу злокачественной опухоли слизистой оболочки дна полости рта с распространением на боковую поверхность языка и нижнюю челюсть слева, с метастазами в региональные лимфоузлы (T₃N₂M₀).

После курса предоперационной телегамматерапии (62 Грэй) планируется операция: резекция нижней челюсти слева на уровне 2-8 зубов с удалением опухоли, тканей дна полости рта, резекцией части языка слева, с одномоментной подчелюстной и шейной футлярнофасциальной лимфаденэктомией. Трахеостомия.

При клиническом обследовании установлены сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения. Простой хронический бронхит. Нарушены акты жевания и глотания. Изредка во время еды поперхивается, при этом развивается приступ кашля. В откашливаемой мокроте больной наблюдал элементы пищи. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, непостоянные сухие хрипы.

- 1) Объясните причину описанных приступов кашля у больного.
- 2) Проведите прогнозирование возможностей развития после операции аспирационного синдрома и воспалительных бронхолегочных осложнений.
- 3) Укажите принципы лечения в предоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений со стороны внутренних органов.

Ответ

1) До хирургического вмешательства имеются признаки аспирационного синдрома, поэтому во время еды поперхивание и кашель, в мокроте элементы пищи.

2) По характеру и. объему планируемая операция относится к прогностически угрожающей в отношении развития аспирационного синдрома

3) а) Антибактериальная терапия.

б) Иммуностимулирующая терапия.

в) Отхаркивающие и бронхолитические препараты.

г) ЛФК. Возможно зондовое питание.

№9

Больной 62 лет находится в специализированном отделении челюстно-лицевой онкологии по поводу злокачественного новообразования слизистой оболочки альвеолярного края нижней челюсти в области 7, 8 зубов слева с метастазами в подчелюстные лимфоузлы ($T_2N_1M_0$). Один месяц назад закончен курс лучевой терапии, суммарная доза на очаг 58,5 Грэй. В стационаре до операции со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Произведена операция: резекция нижней челюсти слева от 5 зуба - экзартикуляция суставного отростка, резекция тканей дна полости рта, операция Ванаха слева, трахеостомия.

При осмотре на третьи сутки после операции состояние больного тяжелое, температура тела 37,8 С, находится в положении сидя с наклоном головы и туловища вперед. Выраженный отек мягких тканей лица, органов полости рта, отечный неподвижный язык выступает за пределы резцов на 3- 4 см. Из полости рта самопроизвольно вытекает слюна, смешанная с гнойно-сукровичным раневым секретом. Дыхание через естественные дыхательные пути невозможно. Дышит через трахеостому. Акт глотания невозможен, питание осуществляется через резиновый зонд, введенный через левый носовой ход. Наблюдается частый кашель с выделением из трахеостомы обильной мокроты слизисто-гнойного характера. Больной предпочитает не лежать на спине из-за усиления кашля, одышки и увеличения количества мокроты.

Над легкими перкуторно ясный тон, дыхание жесткое, выслушиваются обильные сухие хрипы преимущественно над нижними зонами легких. После продуктивного кашля хрипы не исчезают, однако уменьшается количество низкотоновых сухих хрипов. Проба на аспирацию с 1 % водным раствором метиленового синего резко положительная (через 1-2 мин. после введения красителя в полость рта из трахеостомы выделяется окрашенная мокрота). При рентгеноконтрастной пробе на аспирацию через 20 минут после введения йодолипола в полость рта на рентгенограмме органов грудной клетки выявляется справа и слева в нижних долях контрастирование контуров трахеи и бронхов до 4-6 порядка. Очаговых инфильтративных изменений легочной ткани не определяется. При внутривенном перфузионно-радионуклидном сканировании легких с МАА-йод-131 установлено снижение накопления радионуклида в нижних зонах обоих легких. Спирография: выявляется нарушение функции внешнего дыхания преимущественно по обструктивному типу. Анализ крови: Эр. $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, НЬ 100г/л, ЦП 0,9; ретикулоциты 0,9%. Л. $12,1 \cdot 10^9$ /л, Б. 0%, Э. 0%, П. 1%, С. 68%, Л 18%, М 2%, СОЭ 26 мм/ч.

- 1) Какие развились бронхолегочные осложнения?
- 2) Принципы лечения?

Ответ

- 1) После операции развился выраженный аспирационный синдром и диффузный простой трахеобронхит.
- 2) а) Борьба с аспирацией: ввести трахеостомическую трубку с воронкообразным obturatorом трахеи; наладить питание через спадающийся желудочный зонд; санация трахеобронхиального дерева.
б) Антибиотики.

- в) Иммуностимулирующая терапия.
- г) ЛФК, постуральный дренаж, горчичники на грудную клетку.

№10

Пациентка 50 лет, находясь на приеме у стоматолога, пожаловалась на сильные боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо, челюсть и под правую лопатку. Болевой приступ со слов пациентки продолжается уже более 15 минут, сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Заболела остро, приехав в стоматологическую поликлинику из пригорода на автобусе.

В анамнезе - хронический холецистит, по поводу чего больная принимала амбулаторное лечение.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Больная беспокойна, стонет. Выявлено умеренное вздутие живота, напряжение передней брюшной стенки при поверхностной пальпации, особенно в области правого подреберья, а также резкая болезненность в этой области.

Положительные симптомы Кера, Ортнера.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какова неотложная терапия?

Ответ

- 1) Печеночная колика. Желчнокаменная болезнь?
- 2) Необходимо введение спазмолитических, обезболивающих средств: внутримышечно раствор баралгина 5,0; подкожно 0,1% - 1,0 мл атропина; внутримышечно 2% - 2,0 мл но-шпы; внутримышечно 50% - 1,0 мл анальгина. Применение наркотиков при печеночной колике допустимо в исключительных случаях при исключении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

№11

В приемное отделение больницы доставлен мужчина 37 лет инженер. Жалобы на повторную рвоту "кофейной гущей", головокружение, слабость, дегтеобразный стул.

Тупые боли в эпигастральной области впервые появились 5 лет тому назад. Обычно боли возникали через 1,5 часа после приема пищи, тогда же при обследовании в стационаре была выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки. В осенне-весеннее время периодически появлялись поздние боли в подложечной области, но больной продолжал работать. Нерегулярно принимал викалин, альмагель; В последние две недели вновь появились аналогичные боли. Два дня тому назад больной отмстил прогрессирующую слабость, головокружение. Сегодня утром на работе внезапно появилась рвота "кофейной гущей", черный стул.

При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Конечности холодные. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области, несколько вправо от средней линии. Симптомов раздражения брюшины нет. При исследовании крови: Эр. $1,5 \cdot 10^{12}/л$, НЬ 90 г/л, ЦП 0,8, Лейк. $9,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 28 мм/ч

При ректальном исследовании на перчатке дегтеобразные массы.

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте лечение.

Ответ

1) *Язвенная болезнь в фазе обострения. Язва двенадцатиперстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение.*

2) *Срочная консультация хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.*

3) *Режим I (строгий постельный), голод, затем высококалорийная белковая диета Мейленграхта. Лед на подложечную область.*

Медикаментозное лечение:

1) *борьба с сосудистой недостаточностью - мезатон 1% раствор по 1 мл подкожно, кордиамин 25% раствор по 2 мл внутримышечно, кофеин 10% раствор по 1 мл внутримышечно;*

2) *кровоостанавливающие препараты - хлористый кальций или хлористый натрий 10% раствор по 10 мл внутривенно, викасол 1% раствор по 2-3 мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% раствор по 10 мл внутривенно, эpsilon-аминокапроновая кислота 5% раствор по 100 мл внутривенно капельно;*

3) *переливание плазмозамещающих растворов - полиглюкин 500,0 внутривенно капельно медленно; реополиглюкин 500,0 внутривенно капельно медленно;*

4) *после пробы на совместимость переливания крови по 100,0 -150,0 мл.*

№12

Больной 74 лет, инвалид ВОВ, поступил в клинику с жалобами на отеки всего тела. В 1944 году получил осколочное ранение нижней челюсти с повреждением кости. После ранения длительное время оставался свищ с гнойным отделяемым, который то закрывался, то вновь открывался. В связи с этим больной несколько раз подвергался оперативному вмешательству. Около 2-х лет тому назад больной впервые отметил появление отечности нижних конечностей, одутловатость лица, бледность кожных покровов. Тогда же был обнаружен белок в моче.

Объективно: состояние средней тяжести. Выраженная бледность кожных покровов, значительные отеки лица, нижних конечностей и в области поясницы. В области нижней челюсти справа - звездчатый рубец. Пульс 78 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены. В легких коробочный оттенок перкуторного тона, ослабленное дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная.

Пальпируется нижний полюс селезенки.

Моча: цвет насыщенно-желтый. Относительная плотность 1020, белок 18,6 г/л, эритроциты единичные в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, цилиндры -2-3 в поле зрения, гиалиновые и зернистые, кристаллы холестерина в моче. По пробе Зимницкого: суточный диурез 600 мл, относительная плотность мочи 1018-1029. Суточная потеря белка 7,6 грамма. Кровь: Эр. $2,66 \cdot 10^{12}/л$, Нв 67 г/л, лейкоциты 6,4-10%, СОЭ 55мм/ч; общий белок 42 г/л, холестерин 9,7 ммоль/л, креатинин 0,10 ммоль/л. На рентгеновском снимке нижней челюсти определяется участок просветления кости - секвестр 0,8 0,5 см.

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте лечение.

Ответ

1) *Диагноз: Хронический остеомиелит нижней челюсти Ами-лоидоз почек. Нефротический синдром (нефротическая стадия).*

2) *Постельный режим.*

Диета №7 с ограничением поваренной соли.

Аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил) по 0,25 в течение нескольких месяцев. Мочегонные препараты (гипотиазид).

10-20% раствор сывороточного альбумина или плазму по 100-200 мл внутривенно капельно. Препараты анаболического действия (ретаболил 1 мл 5% масляного раствора 1 раз в неделю в/м под контролем АД).

Консультация специалиста стоматолога для решения вопроса о переводе больного в стоматологическое отделение для оперативного лечения.

Примечание: кортикостероидные препараты, цитостатики не показаны.

№13

Пациентка 29 лет, находясь на приеме у стоматолога, пожаловалась на очень сильные боли в левой подвздошной области, отдающие в паховую область и в промежность, учащенное мочеиспускание, повторяющуюся рвоту.

На протяжении последних двух лет несколько раз отмечает приступы болей в поясничной области слева, отдающие в промежность и в переднюю поверхность левого бедра. Однажды после приступа обнаружила в моче какие-то твердые крупинки красноватого цвета. Однократно была кровянистая моча. Так как болевые приступы возникали каждый раз во время командировок и проходили самостоятельно, больная к врачу не обращалась. Настоящий приступ со слов больной более выраженный, чем прошлые.

При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное.

Температура тела нормальная. Больная беспокойна, со слов "готова залезть на стенку от болей". Выявлено умеренное равномерное вздутие живота и резкая болезненность при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Почки не прощупываются. Отчетливо выражен симптом поколачивания по поясничной области слева.

- 1) Каков предположительный диагноз?
- 2) Какова неотложная терапия?

Ответ

1) *Почечная колика. Мочекаменная болезнь?*

2) *Необходимо введение спазмолитических, обезболивающих средств: внутримышечно раствор баралгина 5,0 мл; подкожно 0,1% - 1,0 мл атропина; внутримышечно 50% - 1,0 мл анальгина; цистенал 15-20 капель на сахар.*

Применение наркотиков при почечной колике допустимо только при безоговорочном исключении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

№14

В приемное отделение больницы бригадой "Скорой помощи" доставлен мужчина 62 лет. Со слов врача "Скорая помощь" была вызвана прохожими, которые обнаружили больного на улице в бессознательном состоянии. При осмотре состояние больного тяжелое. Сознание нарушено. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, судорожные подергивания мышц. Дыхание поверхностное, запаха ацетона нет. Глазные яблоки обычной плотности. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. При исследовании мочи: сахар и ацетон не определяются. Сахар крови 2,4 ммоль/л.

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте лечение.

Ответ

- 1) Сахарный диабет. Гипогликемическое состояние.
- 2) Срочное введение 40% раствора глюкозы от 20 до 80 мл внутривенно струйно. Если больной не пришел в сознание - 5% раствор глюкозы 300-500 мл внутривенно капельно. При внутривенном капельном введении глюкозы можно ввести адреналина 0,1% раствор 0,5 мл. После возвращения сознания накормить больного медленно всасывающимися углеводами (хлеб, каша, картофель). При повышении уровня сахара в крови до 11 ммоль/л инсулин не вводить.

№15

Больная 20 лет, служащая проектного института, обратилась к стоматологу по поводу зубной боли и гингивита, сопровождавшихся повышением температуры тела до 38,0 - 38,5 в течение последней недели. Врачом была рекомендована местная терапия (полоскание полости рта раствором фурацилина, аппликации облепихового масла) и прием сульфадиметоксина. На протяжении последующей недели самочувствие больной не улучшилось. При повторном посещении врача больная вспомнила, что в течение последних 3-4 недель отмечала нарастающую слабость. В детстве болела ангиной, гриппом. Профессиональных вредностей нет. Родители здоровы. Больная не замужем. Последние месячные были более обильные и длительные, чем обычно. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На наружной поверхности бедер - небольшие синяки. Пальпируются эластичные, безболезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы размером до фасоли. Над верхушкой сердца выслушивается нежный систолический шум. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови: Эр. $2,8 \cdot 10^{12}/л$; Нб60 г/л; ЦП 0,9; Тромб. $60 - 10^9/л$; Лейк. $2,5 \cdot 10^9/л$; С. 16%; Л. 8%; М. 6%; Бласти 70%; СОЭ 50 мм/ч. На ЭКГ при правильном ритме выявляется снижение волн Т во всех отведениях. Линия ST на изоуровне.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявляется увеличение сердца в левом поперечном размере. Верхушка сердца закруглена. В остальном без патологических изменений.

- 1) Согласны ли Вы с тактикой стоматолога?
- 2) Какие отклонения от нормы Вы обнаружили в анализах крови?

3) Ваш предположительный диагноз?

Ответ

- 1) *Стоматолог не оценил данные анамнеза у больной, не назначил исследования крови, а вместо этого ограничился местной и антибактериальной терапией.*
- 2) *Нормохромная анемия, тромбоцитопения и лейкопения, появление патологических клеток - бластов.*
- 3) *Снижение содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови и наличие бластов позволяют думать о недифференцированном остром лейкозе.*

№16

Через несколько минут после проведения анестезии с адреналином в стоматологическом кабинете пациентка почувствовала шум в ушах, тошноту, слабость. Появился надсадный кашель со свистом в груди, зуд и жжение кожи всего тела и высыпание волдырей. Врач стоматолог сделал инъекцию 1 мл 1% раствора димедрола, 2 мл кордиамина и направил пациентку домой. Выходя из стоматологического кабинета она потеряла сознание.

При осмотре состояние тяжелое. Кожа лица бледная, отмечается отек губ, век; руки и ноги холодные; кожа влажная. Пульс слабого наполнения, 120 ударов в минуту. АД 70/50 мм рт.ст.. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, печень не увеличена. Аллергологический анамнез: в детстве отмечала крапивницу от клубники и земляники, после "какой-то инъекции" отмечала 3 года назад появление зудящей сыпи на коже лица, кистей рук, отек и зуд век. Считала себя "совершенно здоровой".

- 1) *Поставьте предположительный диагноз.*
- 2) *Наметьте план неотложных мероприятий спасения больной.*

Ответ

- 1) *Лекарственный анафилактический шок.*
- 2) а) *Уложить больную на топчан с приподнятыми нижними конечностями, несколько выдвинуть нижнюю челюсть, повернуть голову лицом сторону.*
 - б) *Ввести в/в 0,1% раствора адреналина (0,5) и 2-2,5% раствор пипольфена или 2-1% димедрола.*
 - в) *В/в 30 мг преднизолона или 50-100 мг гидрокортизона.*
 - г) *Место введения лекарства обкалывается смесью адреналина 0,1%-0,5 мл на 3-5 мл физраствора.*
 - д) *При отсутствии эффекта от всей проводимой терапии ввести в/в норадреналин 1 мл с 20 мл 40% глюкозы. Капельно в/в вводится 300 мл 5% раствора глюкозы с 1,0 мл 0,2% раствора норадреналина и 30-60 мг преднизолона.*
 - е) *По показаниям: мезатон, кофеин, кордиамин, строфантин.*
 - ж) *При асфиксии или сопутствующей бронхиальной астме ввести 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% глюкозы, в/в.*

IV. Пример экзаменационных наборов по оценке дополнительных методов исследования с эталонами заключениями

1. Клинические анализы крови с эталонными заключениями

ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ	В НОРМЕ	Клинические анализы крови с эталонными заключениями									
		№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
Гемоглобин (г/л)	М: 130–140 Ж: 120–140	54 ↓	54 ↓	30 ↓	24 ↓	60 ↓	66 ↓	196 ↑	66 ↓	140	145
Эритроциты (10 ⁹ /л)	М: 4,0–5,0 Ж: 3,9–4,7	3,0 ↓	1,3 ↓	1,3 ↓	1,8 ↓	3,0 ↓	3,5 ↓	8,3 ↑	2,8 ↓	4,0	4,5
Цветовой показатель	0,85–1,05	0,6 ↓	1,6 ↓	1,0	0,96	0,9	0,9	0,8 ↓	0,9	0,9	0,9
Ретикулоциты (%)	0,2–1	0,3	0,2	0,6	0,5	0,8	0,8	0,5	1,8 ↑	0,5	0,8
Тромбоциты (10 ⁹ /л)	180,0–320,0	200,0	150,0 ↓	35,0 ↓	45,0 ↓	140,0 ↓	100,0 ↓	500,0 ↑	35,0 ↓	200,0	220,0
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	4,0–9,0	5,2	3,4 ↓	1,0 ↓	19 ↑	200 ↑	125,0 ↑	15,0 ↑	6,1	7,6	25,0 ↑
Миелоциты (%)	–	–	–	3 ↑	–	–	20 ↑	–	–	–	–
Метамиелоциты (%)	–	–	–	2 ↑	–	–	26 ↑	2 ↑	–	–	2 ↑
Палочкоядерные (%)	1–6	5	4	5	12 ↑	1	15 ↑	6	3,5	4	20 ↑
Сегментоядерные (%)	47–72	52	46 ↓	35 ↓	8 ↓	15 ↓	12 ↓	70	70	51	51
Эозинофилы (%)	0,5–5	– ↓	– ↓	– ↓	– ↓	1	6 ↑	6,5 ↑	2	18 ↑	6 ↑
Базофилы (%)	0–1	–	–	–	–	–	4 ↑	0,5	0,5	–	–
Лимфоциты (%)	19–37	38 ↑	40 ↑	52 ↑	4 ↓	74 ↑	8,5 ↓	12 ↓	20	22	16 ↓
Моноциты (%)	3–11	5	9	8	1 ↓	1 ↓	5,5	3	4	5	5

	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
СОЭ (мм/ч)	18 ↑ М: 2–10 Ж: 2–15	30 ↑	55 ↑	59 ↑	55 ↑	35 ↑	2	14	15	25 ↑
Анизоцитоз (микроцитоз, макроцитоз, мегацитоз)	Микроцитоз 2 ↑	Микроцитоз 2 ↑	-	2 ↑	-	2 ↑	2 ↑	-	-	-
Пойкилоцитоз	2 ↑	2 ↑	-	2 ↑	-	2 ↑	2 ↑	-	-	-
Эритроциты с безофилльной зернистостью	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Полихроматофи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тельца Жолли, кольцаКебота	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эритро-	-	-	-	12:100 ↑	-	-	-	-	-	-
Мегалобласты	-	2:100 ↑	-	-	-	-	-	-	-	-
Гиперсегментия ядер	-	Гиперсегментация ядер ↑	-	-	-	-	-	-	-	-
Токсогенная зернистость	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 ↑
				Промиелоциты 4 ↑		Миеглоблас ты 1 %		Кровотечен ие по Дюке 15 мин. При норме 2–4 мин. ↑		
				Бластные клетки 66% ↑		Промиелоц иты 2 %		Ретракция кровяного стуска за 48 часов не произошла ↑		
					Лимфобласты 2% ↑					
					Клетки Гумпрехья- Болкина 6% ↑					

Примечание: в выделенных **красным цветом** ячейках даны изменения показателей, наиболее характерные для данной патологии.

Эталонные заключения по клиническим анализам крови

№1 Железодефицитная анемия

Выявляются признаки анемии — снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина. Гипохромный (снижение цветового показателя) и микроцитарный (анизоцитоз в сторону микроцитоза) характер анемии свидетельствуют в пользу железодефицитной анемии.

№2 В12-фолиеводефицитная анемия

Выявляются признаки анемии — снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина. Гиперхромный (повышение цветового показателя), макроцитарный (анизоцитоз в сторону макроцитоза) и меглобластный (появление мегалобластов) характер анемии свидетельствуют в пользу В₁₂-фолиеводефицитной анемии.

№3 Гипо-, апластическая анемия

Выявляются признаки анемии — снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина. Анемия носит гипорегенераторный характер (снижение количества ретикулоцитов). Имеются выраженные тромбоцитопения и лейкопения. Гипорегенераторный характер анемии, «угнетение» всех трех ростков кроветворения свидетельствуют о гипопластической анемии.

№4 Острый недифференцированный лейкоз

Выявляются большое число недифференцированных бластных клеток (66%), резкое снижение сегментоядерных лейкоцитов (8%). Это характерно для острого недифференцированного лейкоза. Отмечаются лейкоцитоз (сублейкемический вариант лейкоза), выраженные анемия и тромбоцитопения.

№5 Хронический лимфолейкоз

Выявляются значительный лимфоцитоз (74% лимфоцитов) и клетки Боткина-Гумпрехта (цитоллиз лимфоцитов), что является характерным для хронического лимфолейкоза. Отмечаются значительный лейкоцитоз (лейкемический вариант лейкоза), анемия и тромбоцитопения.

№6 Хронический миелолейкоз

Выявляются преобладание молодых (незрелых) форм миелоидного ряда, базофильно-эозинофильная ассоциация (увеличенное процентное содержание базофилов и эозинофилов). Это характерно для хронического миелолейкоза. Отмечаются выраженный лейкоцитоз (лейкемический вариант лейкоза), анемия и тромбоцитопения.

№7 Эритремия (полицитемия, болезнь Вакеза)

Выявляются выраженное увеличение количества эритроцитов и гемоглобина, повышение числа тромбоцитов и лейкоцитов. СОЭ на нижней границе нормы. Это характерно для эритремии.

№8 Тромбоцитопения (болезнь Верльгофа)

Выявляются выраженная тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения до 15 минут, отсутствие ретракции кровяного сгустка. Это характерно для тромбоцитопении. Отмечается нормохромная анемия (вторичная анемия — после кровотечения).

№9 Анализ крови при аллергической реакции

Выявляется выраженная эозинофилия, что характерно для аллергической реакции (бронхиальная астма, отек Квинке, крапивница, глистная инвазия и др.)

№10 Анализ крови при воспалительном процессе

Выявляются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до метамиелоцитов, ускорение СОЭ и токсогенная зернистость лейкоцитов. Это свидетельствует о реакции крови на воспалительный процесс (пневмония и др.)

2. Биохимические анализы крови с оценкой и трактовкой показателей

1) Биохимический анализ крови №1

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Общий белок 43,1 г/л

Альбумины 30,8%

Глобулины 69,2%

α_1 -глобулины 7,7%

α_2 -глобулины 27,7%

β -глобулины 13,8%

γ -глобулины 20,0%

А/Г коэффициент 0,45

Ответ:

Общий белок норма 65-85 г/л

Альбумины норма 56,5-66,8%

Глобулины норма 33,2-43,5%

α_1 -глобулины 3,0-5,6%

α_2 -глобулины 6,9-10,5%

β -глобулины 9,0-14,1%

γ -глобулины 14,0-21,4%

Здесь гипопропротеинемия, снижение альбумино/глобулинового коэффициента, повышение α_1 - и α_2 -глобулиновых фракций. Это может быть неспецифическим проявлением воспалительного процесса.

2) Биохимический анализ крови №2

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Глюкоза натощак 11 ммоль/л

Ответ:

Норма глюкозы 3,3-3,5 ммоль/л

Здесь повышение уровня глюкозы (гипергликемия), что может быть при сахарном диабете.

3) Биохимический анализ крови №3

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Общие липиды 12 г/л
β-липопротеиды 888 усл.единиц
Холестерин 10 ммоль/л

Ответ:

Норма общих липидов 3,5-8,0 г/л
Норма β-липопротеидов 350-650 усл. Единиц
Норма холестерина 3,0-6,3 ммоль/л

Здесь повышение показателей липидов, что может быть, например при ИБС и др.

4) Биохимический анализ крови

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Билирубин общий 160 мкмоль/л
Билирубин прямой 100 мкмоль/л
Билирубин непрямой 60 мкмоль/л

Ответ:

Норма билирубина общего 8,55-20,52 мкмоль/л
75% приходится на долю непрямого свободного билирубина. Здесь повышение общего билирубина преимущественно за счет прямого связанного, что может быть при патологии печени (гепатит, цирроз).

5) Биохимический анализ крови №5

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Аланинаминотрансфераза (АЛТ) 2.68 ммоль/чл
Аспартатаминотрансфераза (АСТ) 0,45 ммоль/чл

Ответ:

Норма: АЛТ 0,1-0,58 ммоль/чл
Норма: АСТ 0,1-0,45 ммоль/чл

Здесь повышение АЛТ, что может быть при патологии печени (гепатит, цирроз).

6) Биохимический анализ крови №6

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Креатинин 0,65 ммоль/л
Мочевина 19 ммоль/л

Ответ:

Норма креатинина 0.044-0,10 ммоль/л
Норма мочевины 2,5-8,3 ммоль/л

Здесь повышение этих показателей, что может быть, например, при ХПН (хронической почечной недостаточности).

7) Биохимический анализ крови

Оцените и дайте трактовку следующих показателей:

Натрий 130 ммоль/л
Камни 5,8 ммоль/л
Кальций 1,8 ммоль/л
Хлор 106 ммоль/л

Ответ:

Норма натрия 130-156 ммоль/л

Норма калия 3,48-5,32 ммоль/л

Норма кальция 2,24-2,99 ммоль/л

Норма хлора 95-110 ммоль/л

Здесь повышение К и снижение Са, что может быть при ХПН (хронической почечной недостаточности).

3. Анализы мочи при заболеваниях мочевыделительной системы с эталонными заключениями.

ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА МОЧИ	В НОРМЕ	При гломерулонефрите	При нефротическом синдроме	При пигментонефрите	При мочекаменной болезни	При сахарном диабете
		№1	№2	№3	№4	№5
Количество (л)	0,8 – 1,5 в сут. 0,1 – 0,3 в утренней порции	0,07	0,11	0,08	0,085	0,1
Цвет	От соломенно-жёлтого до янтарно-желтого	Жёлтая	Соломенно-жёлтый	Жёлтый	Красноватая	Жёлтая
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная	Прозрачная	Мутная ↑	Мутноватая ↑	Прозрачная
Относительная плотность	1018 – 1026 (в утренней порции)	1015 ↓	1012 ↓	1008 ↓	1018	1035 ↑
Реакция	Нейтральная или слабокислая (рН 5,5-6,0)	Кислая	Кислая	Щелочная ↑	Кислая	Кислая
Белок (г/а)	–	1,65 ↑	16,5 ↑	0,066 ↑	0,033 ↑	–
Глюкоза	–	–	–	–	–	111 ↑ Ммоль/л
Эпителий: - плоский	Ед. в поле зрения	0-1 в п/зр	2-4-6 в п/зр ↑		2-4 в п/зр ↑	Ед. в п/зр
- переходный	Ед. в поле зрения	–	↑		–	–
- почечный	–	3-6 в п/зр ↑	Жирно-перерожденный		–	–
Лейкоциты	М: 0 – 2 в поле зрения Ж: 1 – 3 в поле зрения	1-3 в п/зр ↑	3-4 в п/зр ↑	Покрывают все п/зрения ↑	2-4-6 в п/зр ↑	10-15 в п/зр ↑
Эритроциты: - неизмененные	Ед. в поле зрения	–	4-8 в п/зр ↑	0-1-2 в п/зр ↑	Густо покрывают п/зрения	1-2-3 в п/зр ↑
- измененные	Ед. в поле зрения	20-25 в п/зр ↑	2-4 в п/зр ↑	1-2 в п/зр	–	–
Цилиндры гиалиновые:	–	0-1-2 в п/зр ↑	1-2-3 в п/зр ↑	0-1 в п/зр ↑	0-1 в п/зр ↑	1-2-3 в п/зр ↑
- зернистые	–	2-3 в п/зр ↑	2-4 в п/зр ↑	–	–	–
- восковидные	–	–	3-4 в п/зр ↑	–	–	–
Слизь	–	1 ↑	1 ↑	3 ↑	1 ↑	1 ↑
Соли	Различны в зависимости от реакции мочи. В кислой среде: мочевая к-та; ураты; оксалаты. В щелочной среде: аморфные фосфаты; др.	–	–	–	Ураты в большом количестве ↑	–
Бактерия	–	–	–	В большом количестве ↑	–	2 ↑

Примечание: в выделенных красным цветом ячейках даны изменения показателей, наиболее характерные для данной патологии.

Эталонные заключения по анализам мочи

1) Анализ мочи при гломерулоиенфрите

Протеинурия, гематурия, цилиндрурия характеризуют мочевой синдром при гломерулоиенфрите.

2) Анализ мочи при нефротическом синдроме

«Массивная» протеинурия (приводящая к гипопроотеинемии и отекам), жирно-перерожденный почечный эпителий (признак гиперлипидемии), различного вида цилиндры, особенно восковидные, гематурия, цилиндрурия характеризуют мочевой синдром при нефротическом синдроме. Может быть, например, нефротическая форма гломерулонефрита, амилоидоза почек.

3) Анализ мочи при пиелонефрите

Лейкоцитурия, бактериурия, слизь, низкая относительная плотность мочи характеризуют мочевой синдром при пиелонефрите (незначительная протеинурия из очага воспаления - лейкоцитарный белок).

4) Анализ мочи при мочекаменной болезни

Макрогематурия (неизмененные эритроциты), уратурия характеризуют мочевой синдром при мочекаменной болезни (после почечной колики).

5) Анализ мочи при сахарном диабете

Глюкозурия, высокая относительная плотность мочи (за счет содержания в ней глюкозы) характеризует мочевой синдром при сахарном диабете. Лейкоцитурия, бактериурия, слизь (смотри анализ мочи 3) могут свидетельствовать о воспалительном инфекционном процессе в мочевыделительной системе, возможно пиелонефрите.

6) Проба Нечипоренко

Лейкоциты $12,0 \cdot 10^6/\text{л}$

Эритроциты $0,5 \cdot 10^6/\text{л}$

Эталонное заключение

В норме по пробе Нечипоренко:

Лейкоциты до $4,0 \cdot 10^6/\text{л}$

Эритроциты до $1,0 \cdot 10^6/\text{л}$

В данном анализе повышенное число лейкоцитов (лейкоцитурия) свидетельствует о воспалительном инфекционном процессе в мочевыделительной системе, например, о пиелонефрите, цистите, уретрите.

7) Проба Зимницкого

НОМЕР ПОРЦИИ	Часы	Относительная плотность	Количество мочи, л
1	8-11	1009	0,15
2	11-14	1010	0,3
3	14-17	1010	0,2
4	17-20	1010	0,25
5	20-23	1011	0,3
6	23-2	1009	0,25
7	2-5	1006	0,35
8	5-8	1005	0,35

Дневной диурез 0,9 л

Ночной диурез 1,25 л

Общий диурез 2,15 л

Эталонное заключение

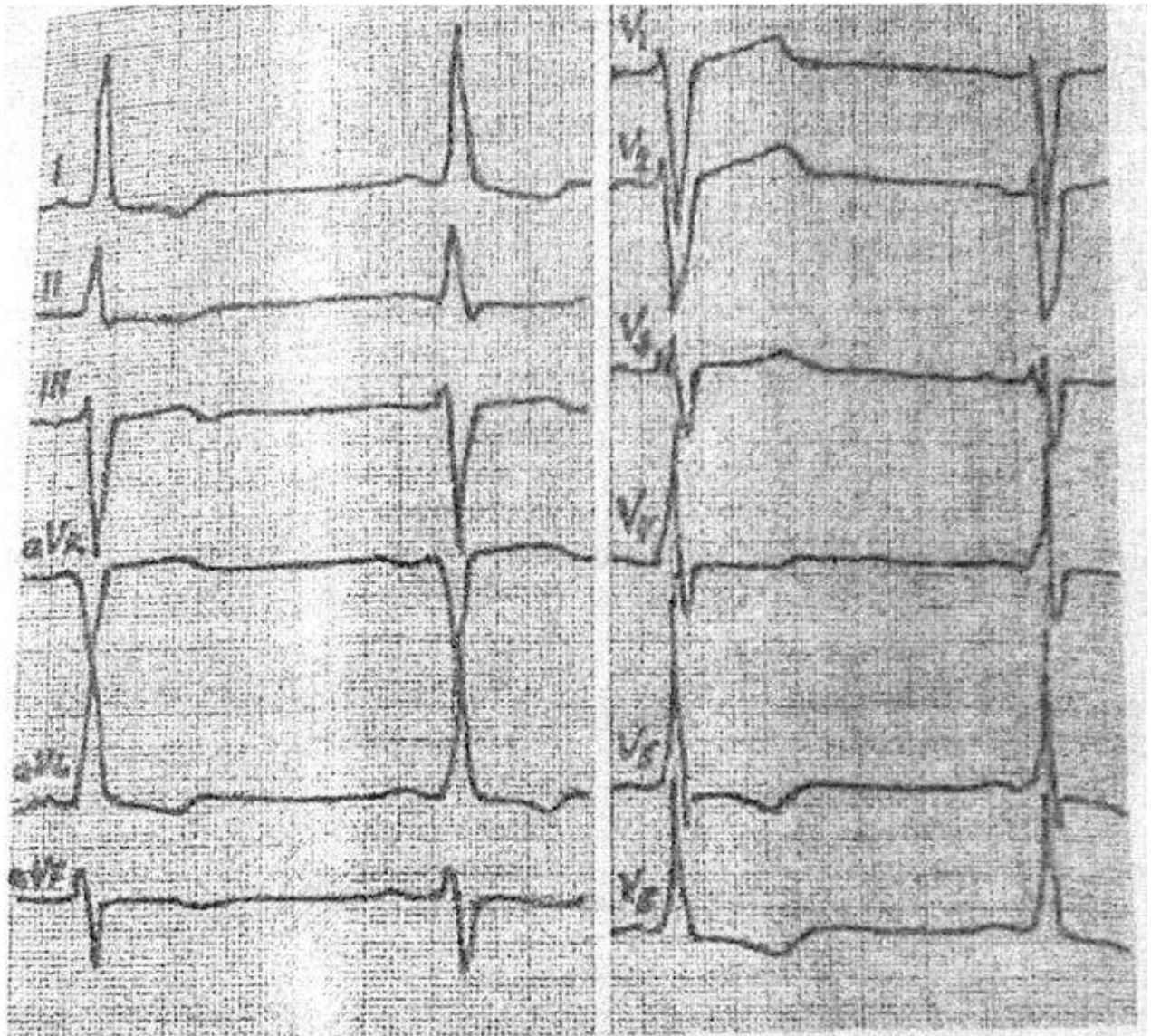
В норме по пробе Зимницкого суточное количество мочи составляет 65-75% от выпитой жидкости (0,8 -1,5л). Дневной диурез составляет 2/3 - 3/4 суточного.

Относительная плотность мочи 1008-1026. Максимальная относительная плотность мочи выше 1018. «Размах колебаний» относительной плотности не менее 12. В данном анализе суточный диурез повышен - полиурия. Преобладает ночной диурез над дневным - никтурия. Отмечаются гипостенурия (относительная плотность мочи меньше 1018) и изостенурия (выделение мочи с постоянным значением относительной плотности, равным показателям плотности безбелковой части плазмы крови 1010-1011), свидетельствующая о полной потере концентрационной функции почек.

Гипо-, -изостенурия, полиурия и никтурия говорят о поражении канальцевых функций, что может быть при пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

4. Электрокардиограммы (ЭКГ) с эталонными заключениями

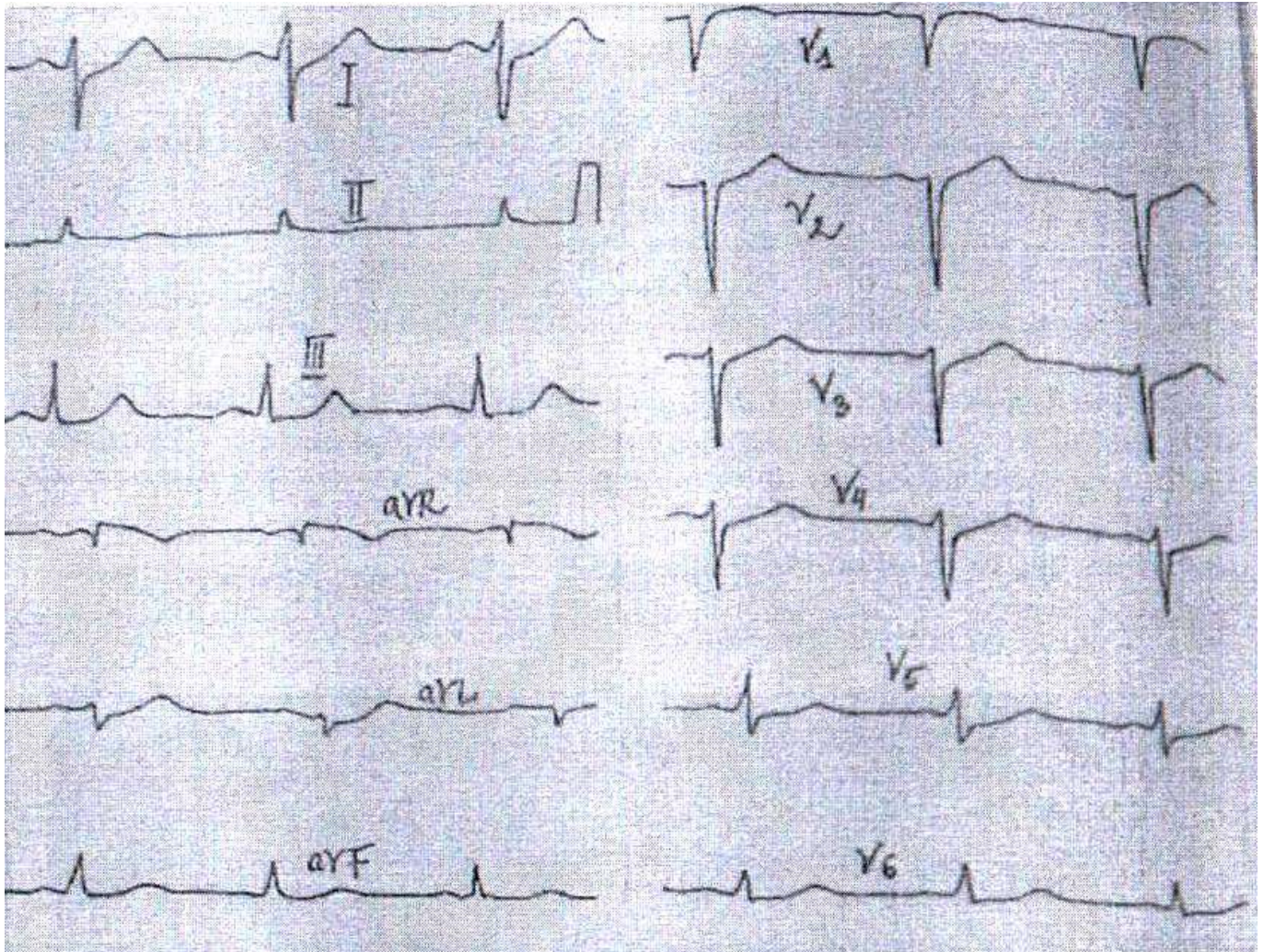
ЭКГ 1. Гипертрофия левого желудочка



- 1) В I отведении и AVL зубец R высокий, зубец T «гипертрофический».
- 2) В III отведении и AVF зубец S глубокий.
- 3) В левых грудных отведениях зубец R высокий (V₅-V₆), зубец T «гипертрофический».

Заключение: гипертрофия левого желудочка.

ЭКГ 2. Гипертрофия правого желудочка



- 1) В I отведении и AVL главный основной зубец S глубокий .
- 2) В III отведении и AVF зубец R высокий.

Заключение: гипертрофия правого желудочка.

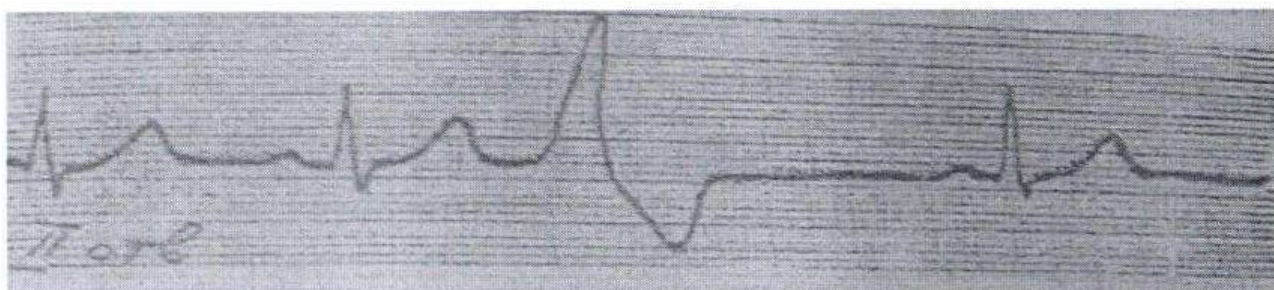
ЭКГ 3. Предсердная экстрасистолия



Все компоненты ЭКГ одинаковые, нормальные, однако третий комплекс сближен.

Заключение: предсердная экстрасистолия.

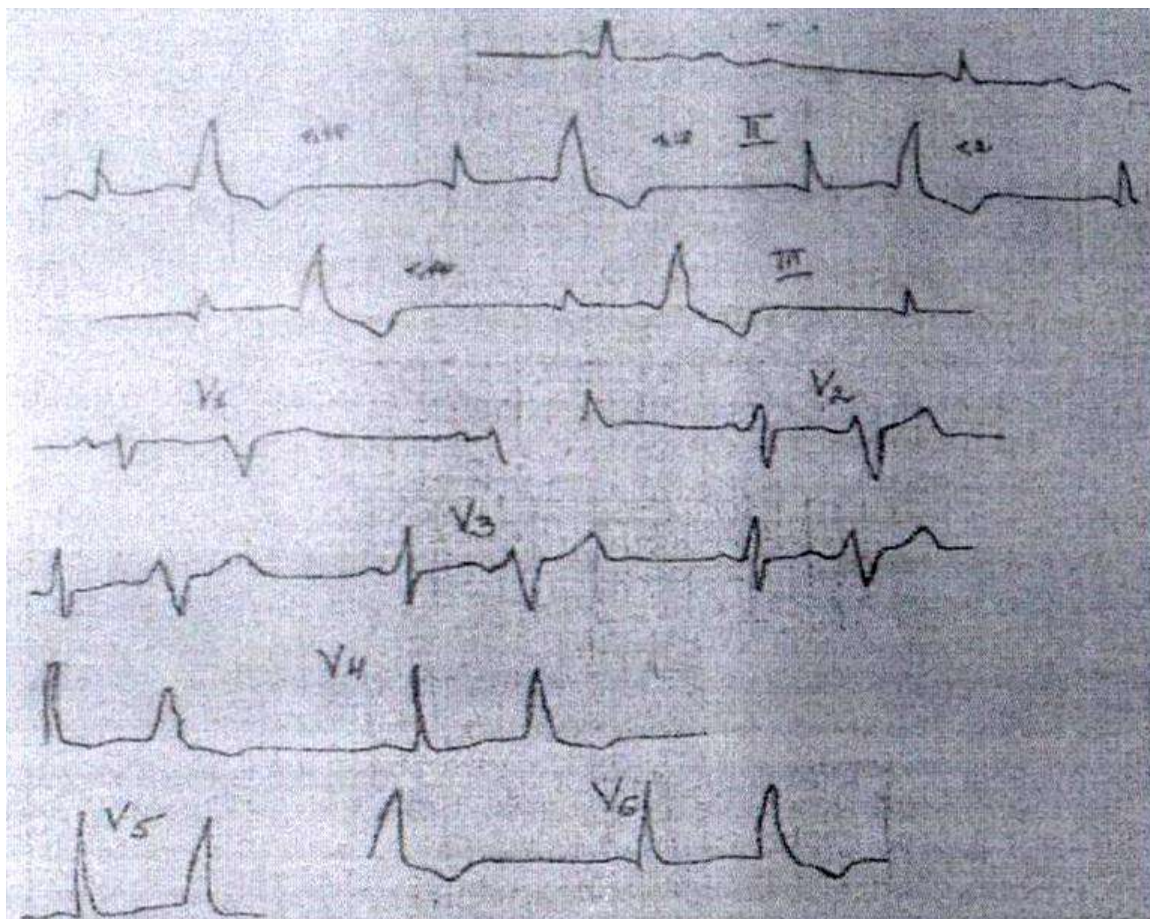
ЭКГ 4. Желудочковая экстрасистолия



2 вида желудочковых комплексов: нормальный и «уродливый», широкий комплекс QRS без P, следующий после нормального. «Уродливый» комплекс сближен по отношению к нормальному и имеет компенсаторную паузу.

Заключение: желудочковая экстрасистолия.

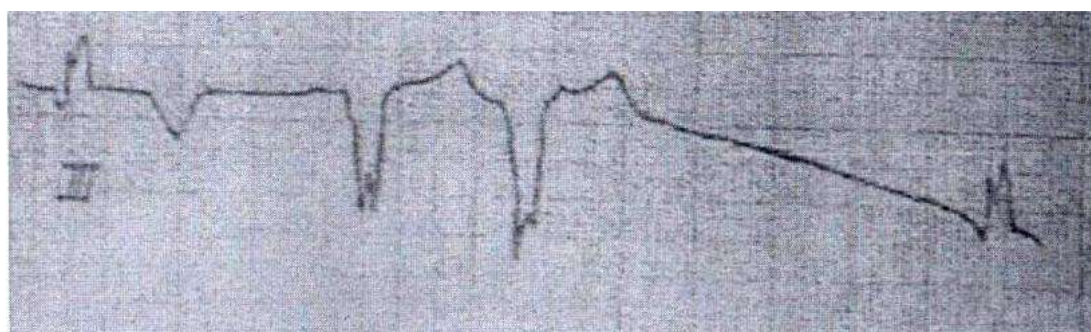
ЭКГ 5. Желудочковая бигеминия



Отмечается наличие «уродливых» широких комплексов QRS без P, следующий после нормальных. «Уродливые» комплекс сближены по отношению к нормальны, возникают закономерно после каждого нормального и имеют компенсаторную паузу.

Заключение: желудочковая бигеминия.

ЭКГ 6. Групповая желудочковая экстрасистолия



Группа (2) следующих одна за другой «уродливых» широкий расщепленных комплексов QRS, из которых первый – после укороченной паузы (сближен по отношению к нормальным комплексам QRS), за последним следует компенсаторная пауза.

Заключение: групповая желудочковая экстрасистолия.

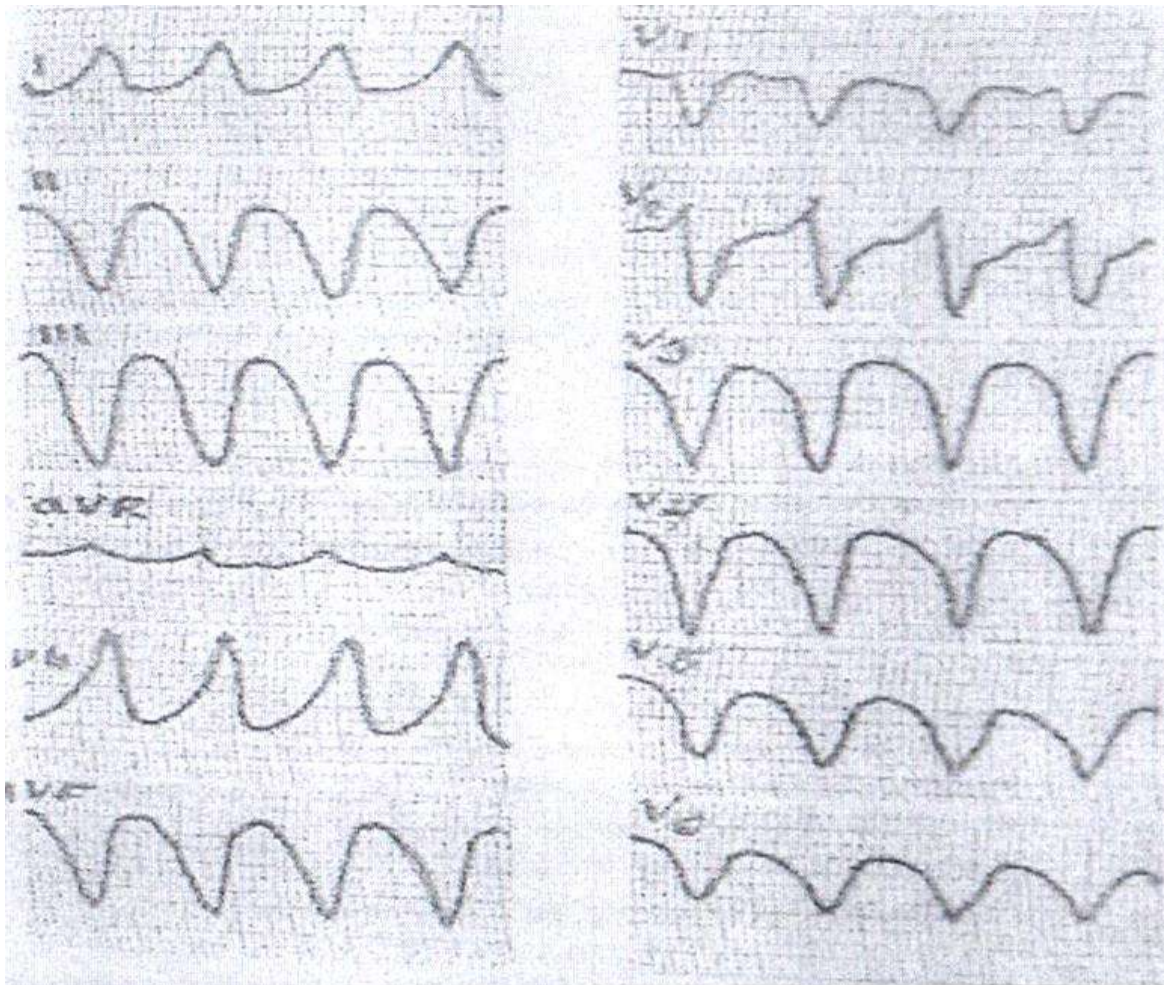
ЭКГ 7. Пароксизмальная тахикардия, суправентрикулярная форма.



Комплексы QRS не уширены, располагаются часто и ритмично.

Заключение: пароксизмальная тахикардия, суправентрикулярная форма.

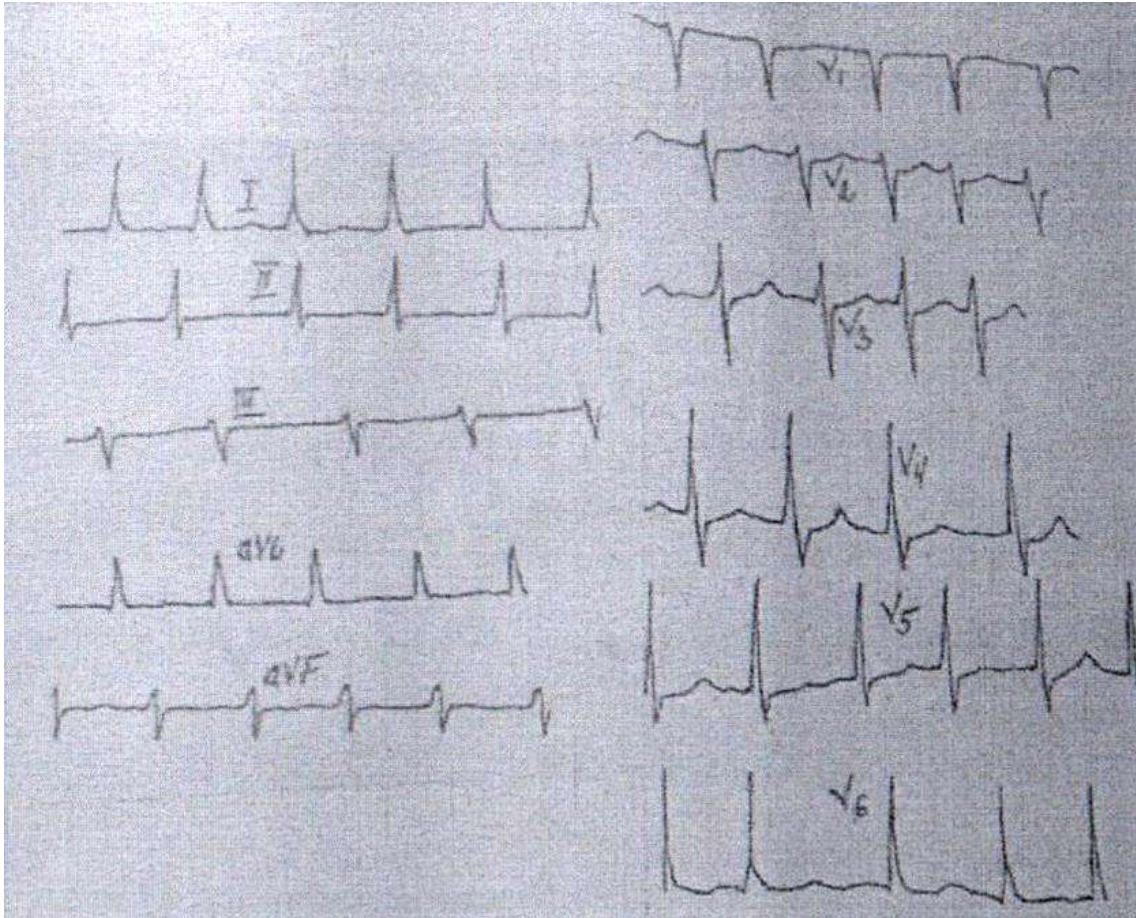
ЭКГ 8. Пароксизмальная тахикардия, желудочковая форма



«Уродливые» широкие комплексы QRS без чёткой изоэлектрической линии между ними, зубец Р отсутствует, сегмент ST и зубец Т не идентифицируются.

Заключение: пароксизмальная тахикардия, желудочковая форма.

ЭКГ 9. Мерцательная аритмия

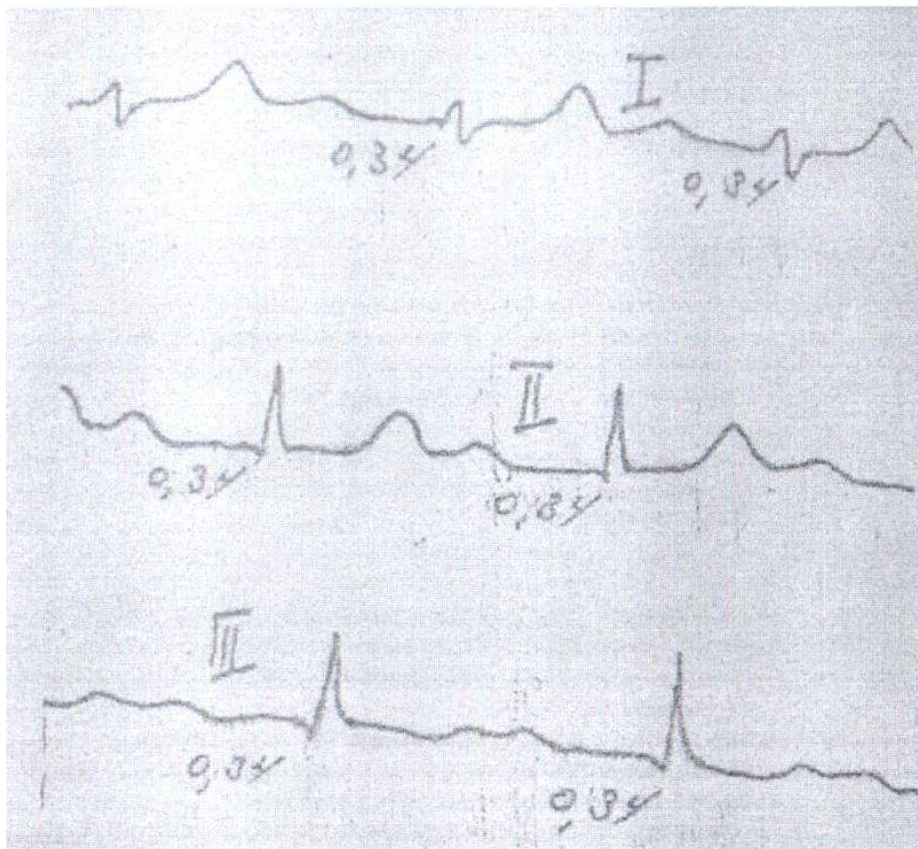


1. Вместо зубца Р много волн f, местами они отсутствуют.
2. R располагаются на разном расстоянии друг от друга.
3. R₁ – высокий, S₃ – глубокий.

Заключение: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Отклонение электрической оси сердца влево.

ЭКГ 10. Нарушения предсердно-желудочковой проводимости различной степени

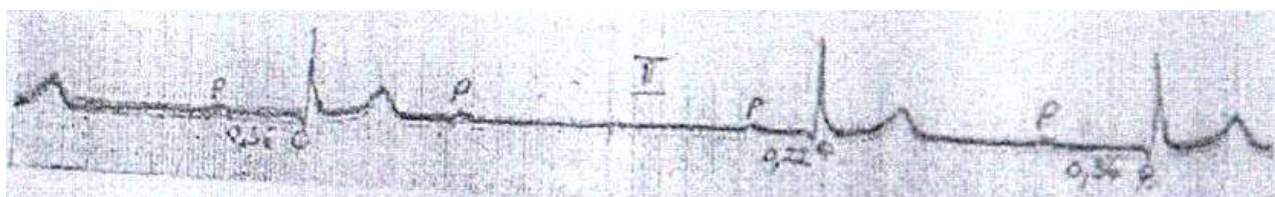
ЭКГ 10.1. Атрио-вентрикулярная блокада I степени



Все комплексы нормальные. Интервал PQ удлинён во всех комплексах одинаково (0,34).

Заключение: атрио-вентрикулярная блокада I степени.

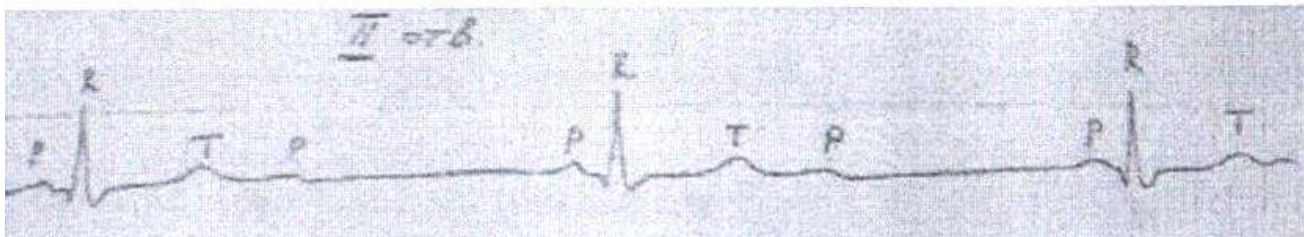
ЭКГ 10.2А. Атрио-вентрикулярная блокада II степени, тип А. Периоды Самойлова-Венкебаха



Отмечаются постепенное (0,22 – 0,36) замедление PQ до выпадения желудочкового комплекса, «лишний» P, после которого пауза.

Заключение: атрио-вентрикулярная блокада II степени, тип А. Периоды Самойлова-Венкебаха.

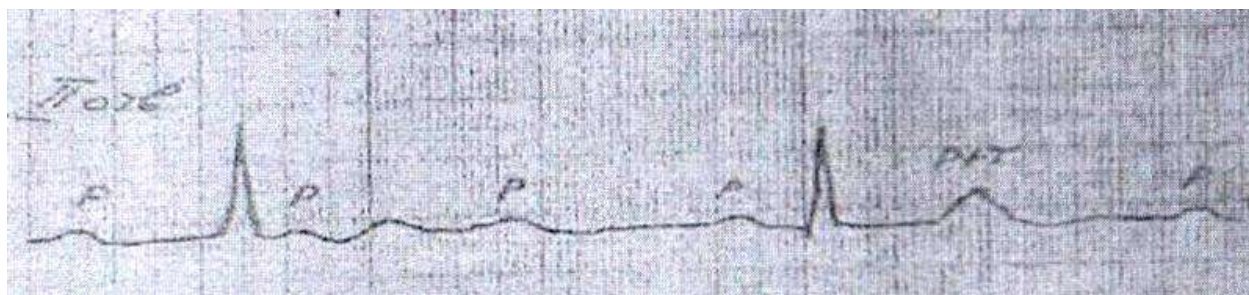
ЭКГ 10.2Б. Атрио-вентрикулярная блокада II степени, тип Б



Часть зубцов Р – каждый второй, остаётся «безответным», так как импульс к желудочкам не проводится.

Заключение: атрио-вентрикулярная блокада II степени, тип Б.

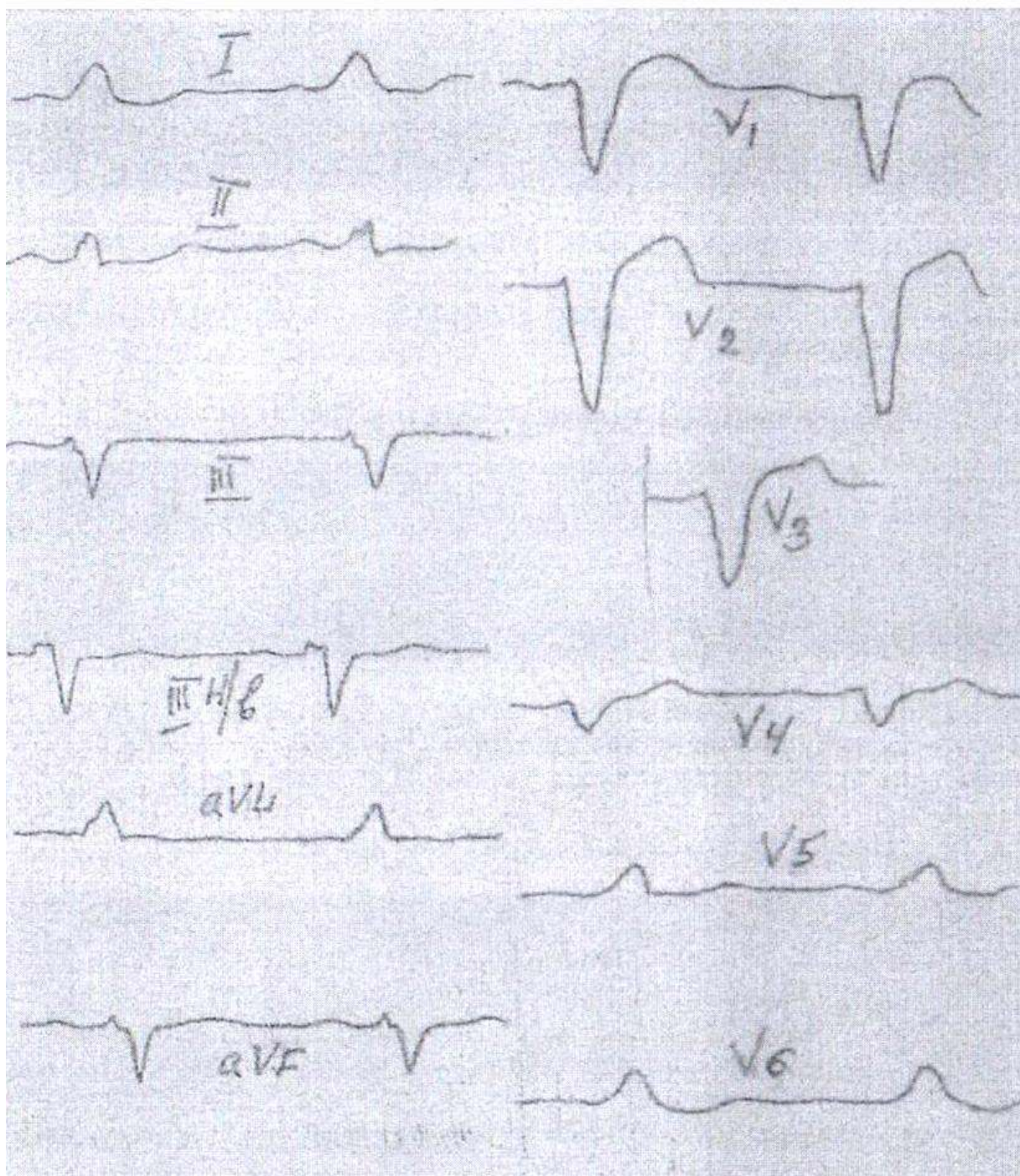
ЭКГ 10.3. Полная атрио-вентрикулярная блокада III степени



1. Отмечается частое и ритмичное расположение зубцов Р.
2. QRS не уширен, располагается реже и ритмично.
3. Имеются «слившиеся» Р и Т.

Заключение: полная атрио-вентрикулярная блокада III степени.

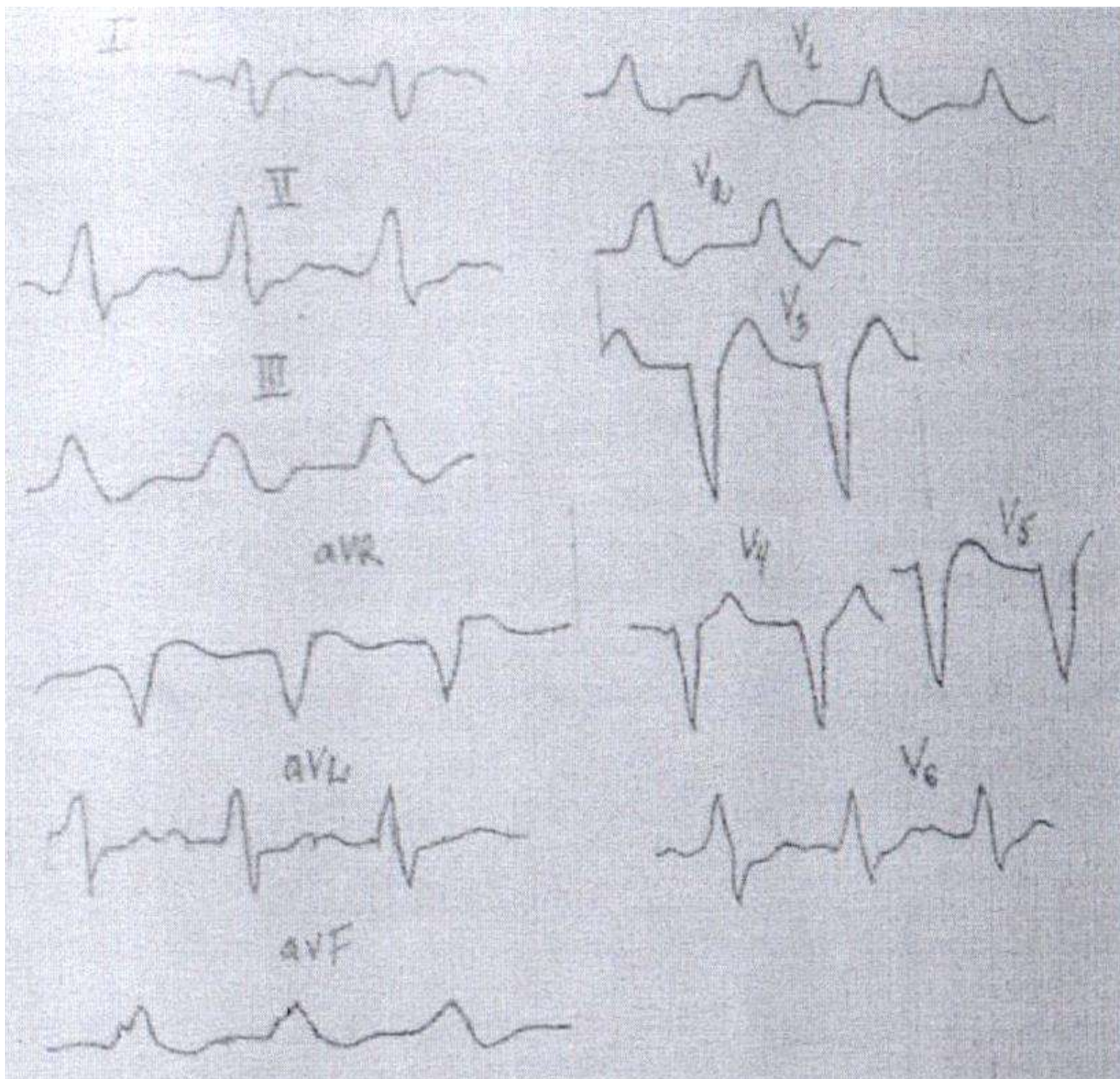
ЭКГ 11. Блокада левой ножки пучка Гиса



1. Комплексы QRS широкие расщепленные.
2. Расположение главных зубцов в I и III отведениях такое же как при гипертрофии левого желудочка (R_1 – высокий, S_3 – глубокий).
3. T дискординатный по отношению к QRS.

Заключение: блокада левой ножки пучка Гиса.

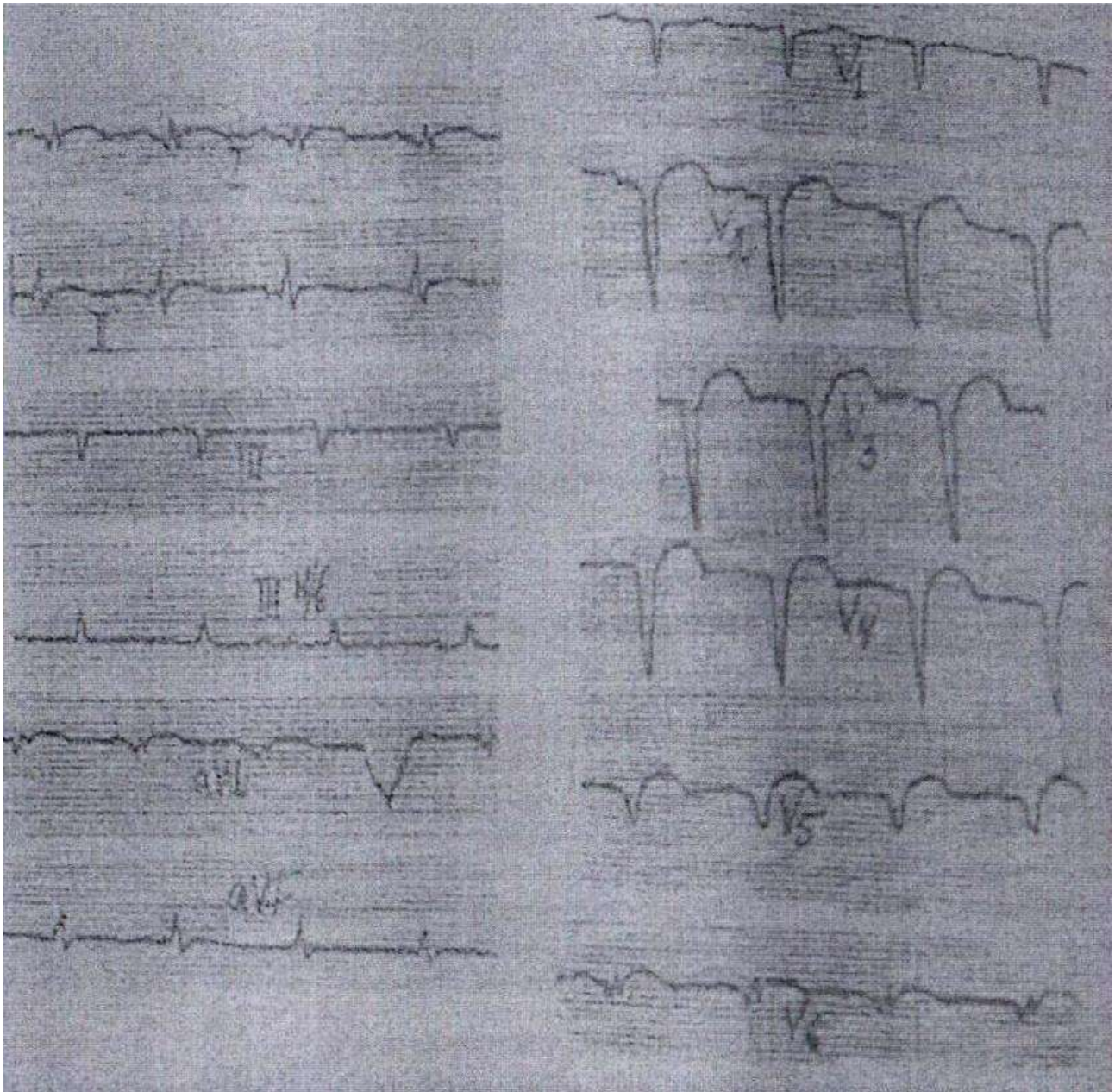
ЭКГ 12. Блокада правой ножки пучка Гиса



1. Комплексы QRS широкие расщепленные.
2. T расположен дискордантно по отношению к QRS.
3. Расположение главных зубцов QRS такое же как при гипертрофии правого желудочка (S_1 – высокий, R_3 – глубокий).

Заключение: блокада правой ножки пучка Гиса.

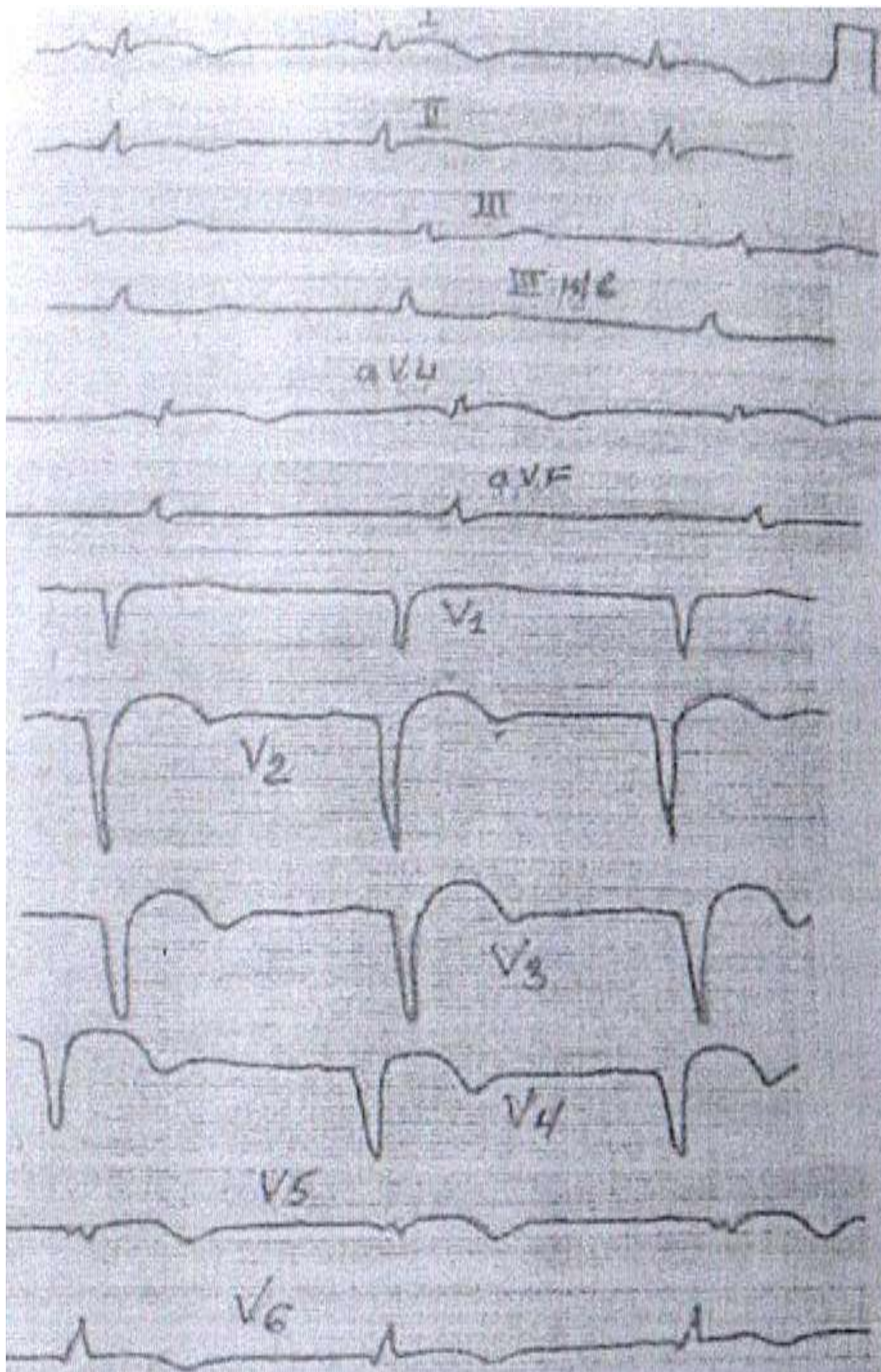
ЭКГ 13. Инфаркт миокарда передней стенки, острый период



В отведении I, AVL, V₂-V₆ ST над изоуровнем, QS.

Заключение: трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки, острый период.

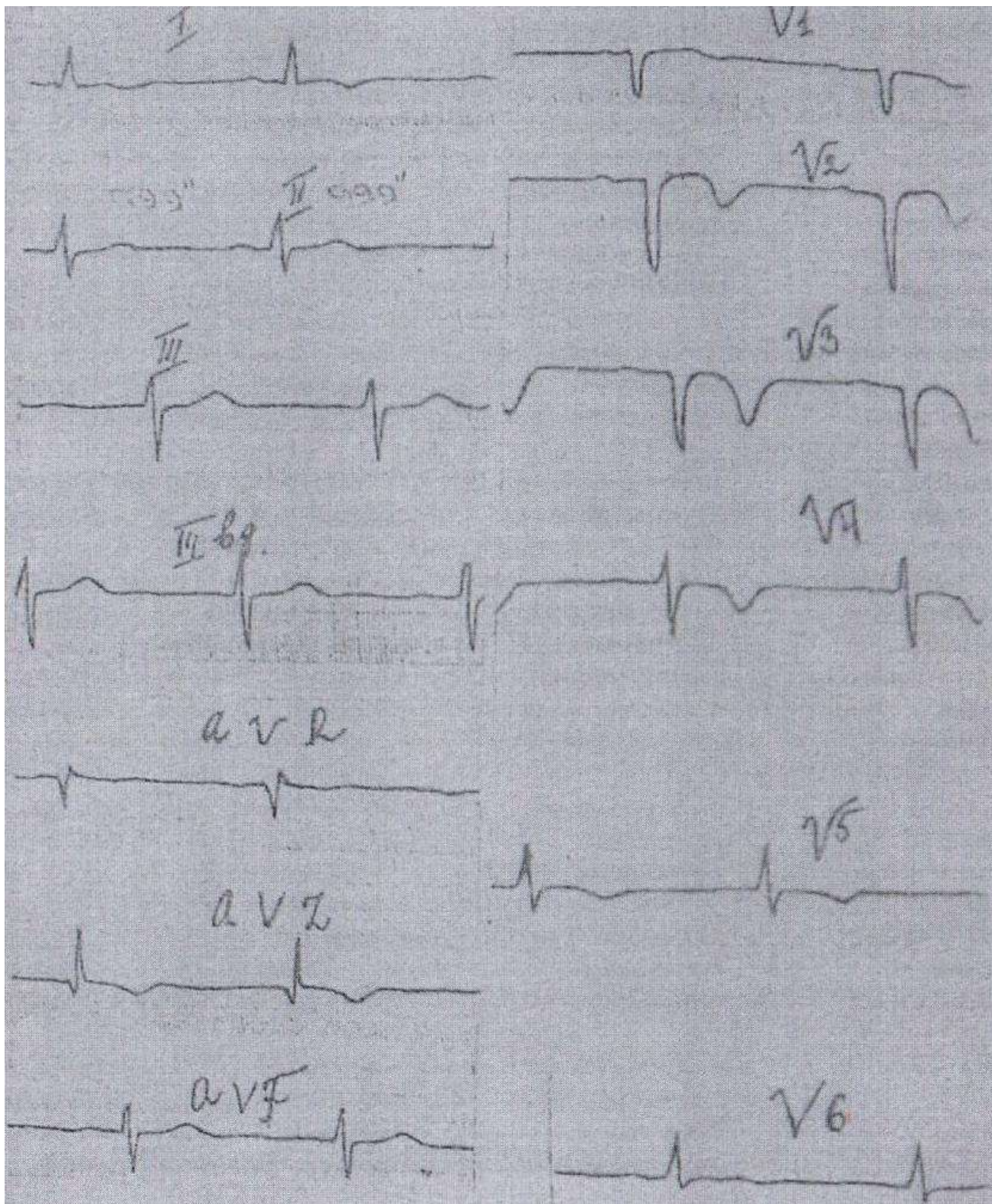
ЭКГ 14. Инфаркт миокарда передней стенки, подострый период



1. В отведении I, AVL, V₂-V₆ выше изолинии.
2. Там же начало формирования отрицательного зубца T. V₂-V₅ – QS.

Заключение: трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки с захватом боковой стенки, перегородки и верхушки., подострый период.

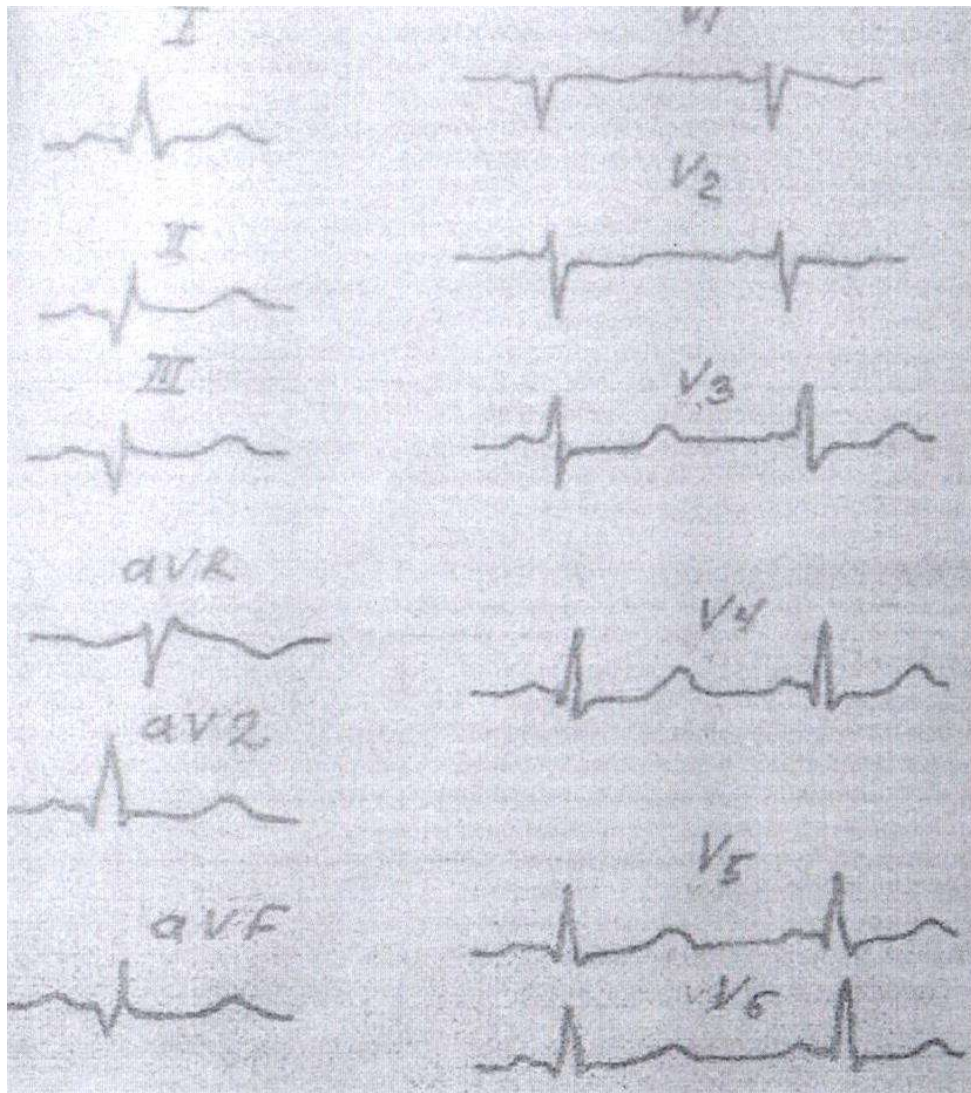
ЭКГ 15. Инфаркт миокарда передней стенки, период рубцевания



В V_2 - V_3 /перегородка/, в V_4 /верхушка/, в V_5 /боковая стенка/ - ST на изолинии. Т отрицательный, симметричный. В V_2 - V_3 - QS.

Заключение: трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки с захватом перегородки, период рубцевания.

ЭКГ 16. Инфаркт миокарда задней стенки, период рубцевания.



В III, aVF, II отведениях «патологический» зубец Q. ST на изолинии.

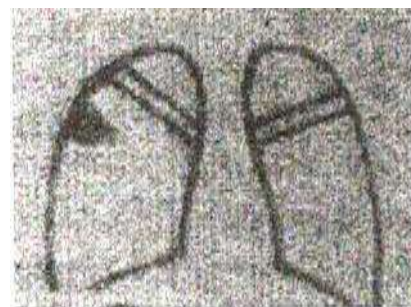
Заключение: трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки, период рубцевания.

5. Рентгенограммы с эталонными заключениями

Рентгенограмма 1. Очаговая пневмония

На рентгенограмме грудной клетки справа в проекции верхней доли определяется затенение неоднородного характера.

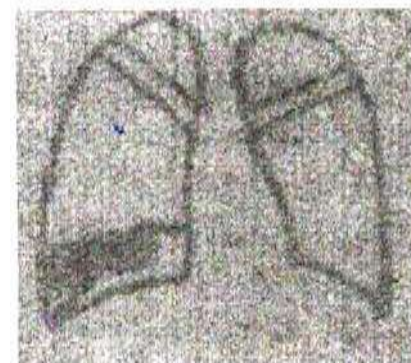
Заключение: рентгенологически очаговая пневмония в верхней доле справа.



Рентгенограмма 2. Крупозная пневмония

На рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли определяется интенсивное затенение сливного характера с четкими границами.

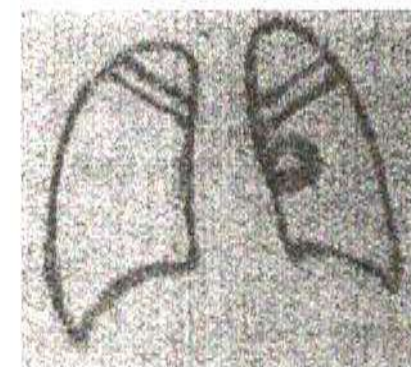
Заключение: рентгенологически крупозная пневмония в нижней доле справа.



Рентгенограмма 3. Абсцесс легкого

На рентгенограмме грудной клетки в среднем отделе левого легкого определяется затенение неоднородного характера, сливающееся с тенью корня с участком просветления.

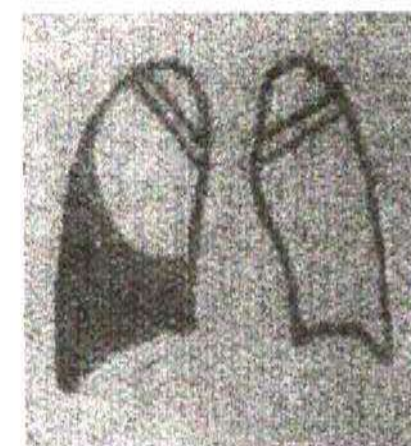
Заключение: рентгенологически абсцесс в левом легком.



Рентгенограмма 4. Экссудативный плеврит

На рентгенограмме грудной клетки справа определяется затенение интенсивного характера с косой наружной границей на уровне переднего отрезка 3 ребра. Купол диафрагмы не дифференцируется. Средостение значительно смещено влево.

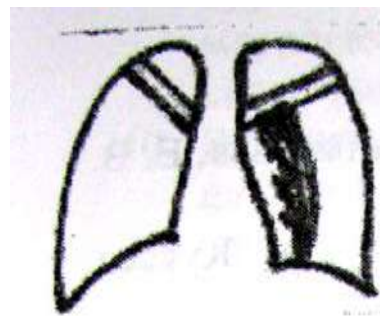
Заключение: рентгенологически правосторонний экссудативный плеврит.



Рентгенограмма 5. Левосторонний пневмоторакс

На рентгенограмме грудной клетки определяется левосторонний пневмоторакс со спадением левого легкого приблизительно на 1/2 своего объема.

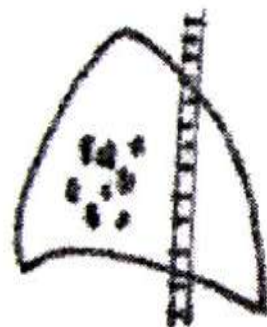
Заключение: рентгенологически левосторонний пневмоторакс.



Рентгенограмма 6. Цилиндрические бронхоэктазы верхней доли правого легкого

На бронхограмме правого легкого в боковой проекции определяется расширение бронхов верхней доли.

Заключение: рентгенологически цилиндрические бронхоэктазы верхней доли правого легкого.



Рентгенограмма 7. Язва малой кривизны желудка

На рентгенограмме желудка, на границе средней и нижней 1/3 определяется депо бария — «ниша» по малой кривизне, выходящая за контур тела желудка, окруженная инфильтративным валом.

Заключение: рентгенологически язва малой кривизны желудка.



Рентгенограмма 8. Рак антрального отдела желудка

На рентгенограмме желудка при тугом наполнении в области антрального отдела определяется дефект наполнения протяженностью 5 см.

Заключение: рентгенологически рак антрального отдела желудка



Рентгенограмма 9. Камни желчного пузыря

На холецистограмме определяется интенсивная тень желчного пузыря обычно расположенного с четкими контурами на фоне которого имеются множественные дефекты наполнения — тени конкрементов.

Заключение: рентгенологически камни желчного пузыря.



Список основной литературы для подготовки к экзамену

1. Стрюк Р.И., Маев И.В. Внутренние болезни: учебник. - 2-е издание, испр. и доп. / Р.И. Стрюк, И.В. Маев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 514 с.: ил.
2. Горбачёва И.А., Егорова Л.П., Кирсанов А.И. Внутренние болезни: учебник для студентов стоматологического факультета / И.А. Горбачёва, Л.П. Егорова, А.И. Кирсанов ; под ред. И.А. Горбачёвой. – Часть 1. Пропедевтика внутренних болезней. – СПб: Издательство СПбГМУ, 2013. – 292 с.: ил.
3. Избранные лекции по клинической фармакологии для стоматологов / Под ред. Ю.Д. Игнатова и А.П. Боброва. – СПб. Изд-во СПбГМУ, 2007. - 248 с.