

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Кафедра терапии и эндокринологии ИПО

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Терапия»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Терапия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	1, 2, 3 семестры
УК-2	<i>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	1, 2, 3 семестры

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения

1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач. 	<p>Зачет с оценкой по модулям дисциплины</p> <p>1 -3 семестры</p>
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> -культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения заболеваний внутренних органов; - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике 		

		<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с заболеваниями внутренних органов; - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; <ul style="list-style-type: none"> - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов 		

		<p>исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и оценки эффективности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания для госпитализации и организовать ее; - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение - оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой 		

		<p>системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, гематологических заболеваний, заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних болезней;</p> <p>- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней.</p>		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; - основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать реабилитацию терапевтических больных в условиях поликлиники и стационара. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения и реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, в клинике внутренних болезней 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения терапевтических больных в поликлинике и стационаре - знание нормативно-правовых документов (приказов, распоряжений) о порядке оказания медицинской помощи терапевтическим больным - основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях внутренних органов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.) - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты - правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских 		

	услуг Владеет: - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
--	---	--	--

Модули дисциплины:

- Болезни сердечно-сосудистой системы (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Ревматические болезни (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Болезни органов дыхания (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Болезни органов пищеварения (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Болезни почек (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Болезни органов кроветворения (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Эндокринные заболевания (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
- Геронтология и гериатрия (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10)
- Поликлиническая терапия (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по модулям дисциплины.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии по модулю дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по модулям дисциплины.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются баллами по 5-балльной системе. Положительными оценками считаются оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Компетенция	Высокий уровень - отлично	Средний уровень - хорошо	Низкий уровень - удовлетворительно	Неудовлетворительно
УК-1	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, <u>но совершает отдельные ошибки.</u>	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен -</u> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы

	<p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
УК-2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок управляет</u> коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>
ПК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)</p>

	<p>заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
--	---	--	---	--

ПК-2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными, но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</u></p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными, но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно определяет у</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно определяет у</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,</u></p> <p>Владеет: <u>определяет у пациентов</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно</p>

	<p>пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен к</u> ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи обследования.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>
ПК-8	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>

	<p>нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-10	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья</p>

	<i>подразделениях.</i>	<i>структурных подразделениях.</i>	<i>организациях и их структурных подразделениях, <u>но</u> <u>допускает</u> <u>небольшие</u> <u>ошибки.</u></i>	<i>граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>
--	------------------------	--	---	---

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации. По каждому контролируемому модулю предлагается одна ситуационная задача. Оценка за собеседование по ситуационной задаче определяется как средняя арифметическая оценок за выполненные задания к задаче.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Итоговой оценкой за зачет по модулю является оценка за собеседование по ситуационной задаче.

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:
 1. Гипертонической болезни
 2. Симптоматических гипертензиях
 3. Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях
2. Стратификация риска у больных артериальной гипертонией проводится для:
 1. определения тактики лечения
 2. уточнения степени артериальной гипертонии
 3. выбора лекарственных препаратов
 4. все перечисленное верно
3. Какой препарат нежелательно применять для лечения артериальной гипертонии с сопутствующей подагрой?
 1. гипотиазид
 2. метопролол
 3. дилтиазем
 4. верошпирон
4. К ингибиторам АПФ относятся все, кроме:
 1. каптоприл
 2. лозартан
 3. периндоприл
 4. рамиприл
5. Какой фактор является противопоказанием к назначению каптоприла по поводу артериальной гипертонии?
 1. пожилой возраст
 2. гипокалиемия
 3. гиперкалиемия
 4. хроническая почечная недостаточность
6. Показанием для госпитализации больных артериальной гипертонией является:
 1. гипертонический криз
 2. рефрактерная гипертония
 3. неясность диагноза
 4. все перечисленное верно
7. При коарктации аорты АД повышается:
 1. В артериях верхних конечностей
 2. На нижних конечностях
 3. В почечных артериях
 4. Все ответы правильные
 5. Правильного ответа нет
8. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:
 1. У мужчин
 2. У женщин
 3. Одинаково часто у мужчин и женщин
9. К первичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:
 1. Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена
 2. Пропаганда здорового образа жизни
 3. Диетическая коррекция нарушений липидного обмена
 4. Все перечисленное

5. Только медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена и пропаганда здорового образа жизни.
10. Одновременно к первичной и вторичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:
 1. Диетические мероприятия
 2. Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии
 3. Нормализация уровня АД
 4. Мероприятия, направленные на отказ от курения
 5. Все перечисленное
11. Мужчина 47 лет в течение трех месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Данный случай можно классифицировать как
 1. нестабильная стенокардия
 2. стабильная стенокардия напряжения
 3. вариантная стенокардия
 4. впервые возникшая стенокардия
12. В соответствии с Рекомендациями РКО по диагностике и лечению дислипидемий 2017г снижение показателя ХС ЛПНП у больных ИБС рекомендуется до уровня:
 1. 3,0 ммоль/л
 2. 2,5 ммоль/л
 3. 1,8 ммоль/л
 4. 1,5 ммоль/л
13. Препаратами для вторичной профилактики ИБС являются:
 1. статины
 2. дезагреганты
 3. цитопротекторы
 4. бета-блокаторы
14. Триметазидин при ИБС:
 1. снижает частоту приступов стенокардии
 2. уменьшает потребность в нитроглицерине
 3. уменьшает зону инфаркта миокарда
 4. уменьшает риск эмболических осложнений при мерцательной аритмии
15. Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний
 1. пролапс митрального клапана
 2. тромбоэмболия легочной артерии
 3. инфаркт миокарда
 4. расслаивающаяся аневризма аорты
 5. острый перикардит
16. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на
 1. расслаивающую аневризму аорты
 2. тромбоэмболию легочной артерии
 3. синдром Титце
 4. кардиоспазм
 5. инфаркт миокарда
17. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:
 1. травмы костей таза и нижних конечностей
 2. злокачественных новообразований
 3. заболеваний венозной системы
 4. оперативных вмешательств

5. острых вирусных инфекций

18. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

1. острого перикардита
2. расслаивающей аневризмы аорты
3. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
4. тромбоэмболии легочной артерии
5. разрыва пищевода

19. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме

1. внезапного появления болей
2. болей до 10 мин
3. связи с нагрузкой
4. проявления чаще ночью
5. эффективного действия нитратов

20. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме

1. характерно учащение приступов
2. необходима срочная госпитализация
3. характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
4. характерно горизонтальное смещение сегмента ST
5. характерны боли в покое

21. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается

1. до 24 ч
2. возможны все варианты
3. до 1 мес
4. до 3 мес
5. до 1 нед

22. Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока

1. в первые часы
2. возможны все перечисленные варианты
3. одинакова на всех стадиях болезни
4. нарастает постепенно
5. на вторые сутки

23. Метопролол применяется при ИБС, потому что он

1. снижает потребность миокарда в кислороде
2. расширяет коронарные сосуды
3. увеличивает потребность миокарда в кислороде
4. увеличивает сократительную способность миокарда

24. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является:

1. кортикостероиды
2. мезатон
3. все перечисленное
4. допамин
5. сердечные гликозиды

25. Причинами сердечной недостаточности являются:

1. повреждение миокарда
2. перегрузка сердца давлением или объемом
3. нарушение диастолической функции
4. все перечисленное
5. повреждение миокарда и перегрузка сердца давлением или объемом

26. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

1. слабость
2. приступы сердечной астмы

3. отеки ног
 4. венозный застой в большом круге кровообращения
 5. все перечисленное
27. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:
1. альтернирующий пульс
 2. 3-й тон сердца
 3. смещение верхушечного толчка влево и вниз
 4. повышение уровня пульсации внутренней яремной вены
 5. все перечисленное
28. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:
1. I стадии.
 2. II стадии.
 3. III стадии.
 4. Любой из стадий.
 5. II Б и III стадии.
29. Причиной хронического легочного сердца могут быть:
1. хроническое неспецифическое заболевание легких
 2. интерстициальные заболевания легких
 3. сосудистые заболевания легких
 4. деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата
 5. все перечисленное
30. Какие группы препаратов увеличивает выживаемость больных сердечной недостаточностью?
1. диуретики
 2. сердечные гликозиды
 3. нитраты
 4. ингибиторы АПФ
 5. бета-блокаторы
31. Какой из препаратов сочетает в себе свойства бета-блокатора и вазодиллятора:
1. лозартан
 2. карведилол
 3. соталол
 4. бетаксол
32. Экстрасистолией называют:
1. преждевременные импульсы
 2. импульсы, появляющиеся после паузы
 3. и то, и другое
 4. ни то, ни другое
33. При каком виде тахикардии наиболее эффективны «вагусные» пробы?
1. фибрилляция предсердий
 2. трепетание предсердий
 3. желудочковая тахикардия
 4. наджелудочковая тахикардия
34. Для атрио-вентрикулярной блокады 3 степени характерно:
1. брадикардия
 2. потеря сознания
 3. гипотония
 4. признаки сердечной недостаточности
35. Фибрилляция предсердий встречается наиболее часто:
1. при ревматическом митральном пороке сердца
 2. при ИБС
 3. при тиреотоксикозе
 4. при алкогольной миокардиодистрофии

5. при всех перечисленных состояниях
36. Жалобы на сердцебиения могут предъявлять больные с:
 1. синусовой тахикардией
 2. анемией
 3. пароксизмальной тахикардией
 4. при всех перечисленных состояниях
37. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:
 1. выпадение комплексов QRS
 2. удлинение интервала PR
 3. атриовентрикулярная диссоциация
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
38. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при
 1. эктопическом образовании импульса в желудочках
 2. нарушении внутрижелудочковой проводимости
 3. синдроме предвозбуждения желудочков
 4. при всех перечисленных состояниях
39. Противопоказанием к назначению метопролола является:
 1. пожилой возраст
 2. гипотония
 3. гиперкалиемия
 4. тахикардия
40. Противопоказаниями к введению верапамила являются:
 1. атриовентрикулярная блокада
 2. синдром слабости синусового узла
 3. гипотензия
 4. желудочковая тахикардия с широким комплексом QRS
 5. все перечисленное
41. Атриовентрикулярную проводимость замедляют все препараты, кроме:
 1. бета-блокаторы
 2. верапамил (изоптин)
 3. амлодипин
 4. дилтиазем
42. Зубец Р в норме всегда отрицателен в
 1. aVF отведении
 2. III отведении
 3. aVR отведении
 4. aVL отведении
43. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой
 1. 100 в мин
 2. 150 в мин
 3. 250 в мин
 4. 200 в мин
44. Волны F при фибрилляции предсердий чаще можно наблюдать в отведениях:
 1. II, III и aVF
 2. V₁₋₂
 3. I, aVL
 4. V₄₋₆
45. Для аортального стеноза характерны следующие клинические проявления:
 1. приступы стенокардии
 2. снижение артериального давления
 3. обмороки

4. признаки сердечной недостаточности

46. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

1. ревматизма
2. инфекционного эндокардита
3. системной красной волчанки
4. атеросклероза

47. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

1. усилен
2. ее изменен
3. ослаблен

48. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:

1. более часто, чем у больных с митральным стенозом.
2. менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
3. нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности

49. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

1. недостаточность кровообращения
2. инфекционный эндокардит
3. нарушения ритма сердца
4. все ответы правильные
5. все ответы неправильные

50. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

1. ревматизм
2. атеросклероз
3. врожденная патология клапана
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

51. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

52. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

1. у больных, имеющих поражение клапанного аппарата
2. при интактных клапанах
3. частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его

53. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

1. наличие лихорадки, озноба
2. наличие лейкоцитоза
3. быстрое формирование порока сердца
4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности
5. все перечисленное

54. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

1. митральный клапан
2. аортальный клапан
3. трехстворчатый клапан

55. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:

1. систолического шума с максимумом во II межреберье справа
2. диастолического шума в точке Боткина
3. диастолического шума на верхушке

56. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

1. гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности
2. артриты
3. синовииит
4. васкулиты
5. все перечисленное

57. Профилактика инфекционного эндокардита проводится при:

1. пороках сердца
2. после операции аортокоронарного шунтирования
3. протезированных клапанах сердца
4. ишемической болезни сердца

58. При подостром инфекционном эндокардите порок сердца чаще формируется:

1. в течение 2-3 недель от начала заболевания.
2. в течение 1-6 месяцев от начала заболевания.
к концу 1-го года заболевания.

59. К асептическим перикардитам следует отнести:

1. постинфарктный перикардит
2. посткомиссуротомный перикардит
3. уремический
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

60. К ранним клиническим симптомам сердечной недостаточности относится все перечисленное, кроме

1. одышки и сердцебиения, возникающих при физической нагрузке
2. появления цианоза губ
3. появления сухих хрипов в легких
4. появления никтурии

61. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

1. тахикардия
2. шум трения перикарда
3. боль за грудиной
4. снижение АД
5. все перечисленное

62. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:

1. лучше выслушивается в положении сидя
2. не связан с дыханием
3. усиливается при надавливании стетоскопа
4. выслушивается в систолу и диастолу
5. все ответы правильные

63. Наиболее информативным при выпотном перикардите является метод:

1. аускультации
2. рентгенографии
3. электрокардиографии
4. эхокардиографии

64. Тяжелый миокардит с развитием артериальной гипотонии могут вызывать:

1. коксаки-вирусы
2. эхо-вирусы
3. вирусы гриппа
4. все перечисленные вирусы
5. ничего из перечисленного

65. Подтверждение воспалительных изменений миокарда может быть получено с помощью:

1. сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
2. биопсии миокарда.

3. сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
 4. радионуклидной вентрикулографии.
 5. всего перечисленного.
66. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
1. одышка
 2. стенокардия напряжения
 3. обмороки
 4. все перечисленное
 5. одышка и обмороки
67. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:
1. гипертрофической кардиомиопатии
 2. дилатационной кардиомиопатии
 3. рестриктивной кардиомиопатии
 4. всего перечисленного
68. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:
1. гипертрофической кардиомиопатии
 2. дилатационной кардиомиопатии
 3. рестриктивной кардиомиопатии
 4. встречается с одинаковой частотой при всех формах
69. Сужение выносящего тракта левого желудочка:
1. всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии
 2. никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии
 3. встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии
70. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:
1. травмы костей таза и нижних конечностей
 2. злокачественных новообразований
 3. заболеваний венозной системы
 4. оперативных вмешательств
 5. острых вирусных инфекций

Ситуационные задачи

№ 1

У преподавателя вуза, 30 лет, при обследовании по поводу оформления медицинской справки для водительской комиссии было выявлено повышение артериального давления (150/95 мм рт.ст.). На протяжении последних 3 лет АД никогда не измерялось, ранее было нормальным. Родители пациента живы, страдают гипертонической болезнью, инсультов и инфарктов не было. Алкоголем не злоупотребляет, не курит. Физических нагрузок недостаточно (мало ходит пешком, не занимается спортом).

Вес 108 кг, рост 186 см (индекс массы тела 31,2 кг/м²). Периферических отеков нет. ЧД 14 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца звучные. АД 160/95 мм рт.ст., одинаково на обеих руках. Пульс 61 уд/мин, одинаков на обеих руках. Шумов в области сонных, почечных артерий нет. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей определяется хорошо.

Направлен на анализ крови (общий и биохимический), мочи, осмотр глазного дна, УЗИ почек, ЭКГ.

При повторных явках на прием (дважды с интервалом в 2 недели) АД систолическое - 140-155 мм рт.ст., диастолическое - 90-95 мм рт.ст. Общие анализы крови и мочи без патологии. Сахар крови 4,3 ммоль/л, креатинин 88 мкмоль/л, общий холестерин 5,1 ммоль/л. На ЭКГ определяется синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка и ишемии отсутствуют. При УЗИ почек патологических изменений не найдено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 2

У больной 73 лет при обращении по поводу обострения хронического цистита было выявлено повышение артериального давления до 170/80 мм рт.ст. Аналогичные изменения АД регистрировались на протяжении последнего года при обращении по поводу рецидивирующего цистита (пятикратно), ранее АД было нормальным. По поводу повышенного АД не обследовалась. Лечение не получала. О причине смерти родителей не знает. Сестра больной страдает артериальной гипертонией. Больная никогда не курила. У нее два сына. Оба здоровы.

Вес 60 кг. Рост 160 см (индекс массы тела ?). ЧД 15 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердце нормальных размеров, шумов при аускультации не выслушивается. АД на обеих руках 180/85 мм рт.ст. АД лежа- 170/85 мм рт.ст, стоя через 3 минуты – 160/80 мм рт.ст.). ЧСС 72 уд/мин. При аускультации артерий (сонных, бедренных, почечных) шумов не выявлено. Периферическая пульсация на артериях нижних конечностей хорошая. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. В биохимическом анализе крови: креатинин 66 мкмоль/л, общий холестерин 7,2 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л. На ЭКГ синусовый ритм. Сумма амплитуды зубца S в отведении V1 и зубца R в отведении V6 36 мм. Какие-либо другие изменения ЭКГ отсутствуют. Состояние глазного дна: склеротические изменения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 3

Больной 60 лет, неработающий пенсионер, страдает артериальной гипертонией в течение 20 лет, сахарным диабетом второго типа в течение 11 лет и стенокардией напряжения II функционального класса в течение 4 лет. Больной регулярно принимает аспирин, атенолол, манинил, верапамил. В настоящее время беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке. В течение последнего года появилась не резко выраженная перемежающаяся хромота в левой ноге. Соблюдает диабетическую диету. Больной курит (10 сигарет в день), не употребляет алкоголь. Мать больного умерла в возрасте 62 лет от инсульта, отец в возрасте 54 лет от инфаркта миокарда.

Вес 100 кг. Рост 172. ИМТ - ? Преимущественное отложение жира в области живота, объем талии 120 см. Рост 176 см. ЧД 15 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок смещен на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, выслушивается систолический шум на верхушке. АД в положении сидя на обеих руках 180/105 мм рт.ст. АД лежа- 180/105 мм рт.ст, стоя через 3 минуты – 155/90 мм рт.ст. ЧСС 72 уд/мин. При аускультации сонных артерий шумов не выявлено. При аускультации бедренных артерий выслушивается систолический шум. Пульсация на артериях левой ноги определяется плохо. Живот мягкий, печень увеличена на 2 см, край мягкий, умеренно болезненный. Отеки голеней.

Общий анализ крови без патологических изменений. В анализе мочи – протеинурия (1,5 г/сут) и глюкозурия. В биохимическом анализе крови: креатинин 100 мкмоль/л, общий холестерин 8,2 ммоль/л, глюкоза 8,0 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л.

На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка по критериям Соколова-Лайона (сумма амплитуды зубца S в отведении V1 и зубца R в отведении V6 56 мм), признаки систолической перегрузки в отведениях V5 и V6. На глазном дне выявлены изменения, связанные с диабетом и АГ.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 4

Больная, 45 лет, продавец, обратилась на прием в связи с появлением резкой головной боли, головокружения, рвоты. Ухудшение самочувствия в течение 3 часов. Принимала анальгин, андипал, без эффекта. Страдает гипертонической болезнью II стадии, по поводу которой год назад обследовалась в полном объеме, регулярно не лечится. Подобные состояния отмечаются 2-3 раза в год. Курит 20 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Мать больной страдает гипертонической болезнью, в возрасте 60 лет перенесла инсульт. Из сопутствующих заболеваний имеется хронический бронхит.

При осмотре состояние средней тяжести. Возбуждена. Выраженная гиперемия лица. Тремор. Периферических отеков нет. Вес 105 кг. Рост 160 см. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Границы сердца не смещены. Тоны сердца звучные. АД 260/120 мм рт.ст., одинаково на обеих руках. Пульс 91 уд/мин, одинаков на обеих руках. Шумов в области сонных, почечных, бедренных артерий нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена (+ 2 см), край мягкий, безболезненный. Очаговой неврологической симптоматики не определяется.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 5

Женщина 74 лет доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе. В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: Состояние тяжелое. Положение ортопное. Акроцианоз, набухание шейных вен. ЧД 26 в мин. АД 110/65 мм рт. ст., ЧСС 115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1-V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1-V5 до 4 мм.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 6

У мужчины 30 лет при обследовании по поводу оформления справки для водительской комиссии было выявлено АД 150\95 мм.рт. ст. На протяжении последних 3 лет АД никогда не измерялось, ранее было нормальным. Родители пациента живы, страдают гипертонической болезнью, инсультов и инфарктов не было.алкоголем не злоупотребляет, курит.Мало ходит пешком.не занимается спортом.

Вес 108 кг, рост 186 см (индекс массы тела 31,2 кг\м²).Периферических отеков нет. ЧД 14 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца звучные.АД 160\95 мм рт.ст., одинаков на обеих руках. Пульс 61 уд\мин, одинаков на обеих руках.Шумов в области сонных, почечных артерий нет. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей определяется хорошо.

При повторных явках на прием (дважды с интервалом в 2 недели) систолическое АД - 140-155 мм рт. ст., диастолическое АД – 90-95 ммрт.ст.Общие анализы крови и мочи без патологии. Сахар крови – 4,3ммоль\л, креатинин – 88 мкмоль\л, общий холестерин – 5,1 ммоль\л. Патологических изменений на глазном дне не выявлено.На ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка и ишемии отсутствуют. При УЗИ почек патологических изменений не найдено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 7

Мужчина 48 лет. В связи со стабильной стенокардией напряжения и гиперлипидемией ПА регулярно принимает метопролол 50 мг в сутки, предуктал 3 таб. в сутки, кардиоаспирин 100 мг на ночь и симвастатин 20 мг на ночь. Отмечает хороший антиангинальный эффект, ЧСС поддерживается на уровне 76 уд в мин., в крови достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 ммоль\л до 4,9 ммоль\л, повышение холестерина высокой плотности с 0,75 до 1,1 ммоль\л. Однако, в течение месяца отмечает появление болей постоянного характера в нижних конечностях, сопровождающихся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 8

Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. К врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка стала беспокоить в покое, заставляя спать с приподнятым головным концом.

При обследовании: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичны. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах – единичные влажные хрипы. ЧСС 120 -130 ударов в мин., пульс аритмичный, дефицит пульса 20. АД 170\110 мм.рт.ст., S=D. Печень не увеличена.Периферических отеков нет. ЭКГ: тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. В крови холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,8 ммоль\л . общий ан крови и мочи- без особенностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 9

У молодого человека, 17 лет, через 2 недели после носоглоточной инфекции возникли сердцебиение, одышка при физической нагрузке, субфебрильная температура. Обратился к врачу. При обследовании: нормального телосложения, кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,5 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум, не иррадирует. Выслушивается 3 тон. ЧСС 88 уд в мин Ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст. Печень у края реберной дуги. Дизурий нет. На ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Удлинение PQ до 0,22 сек.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 10

Больной 50 лет, офицер МВД.

Жалобы: на момент осмотра не предъявлял.

Anamnes morbi Во время очередного профилактического осмотра сотрудников было выявлено АД 180 \ 100 мм.рт. ст. Ранее АД выше 140\90 мм.рт. ст. не поднималось. Курит. Режим питания- 2 раза в день. Не ограничивает потребление жирных и мясных продуктов, пива, в последнее время «с целью сохранения здоровья» перешел на красные десертные вина. Уотца-повышение АД, инсульт в возрасте 59 лет. У пациента в анамнезе-мочекаменная болезнь, ранее протекавшая с почечными коликами. В последние 3 месяца несколько раз отмечал «воспаление» в области пястно-фалангового сустава I пальца правой стопы, проявляющееся сильными болями, гиперемией в области сустава, повышением температуры тела. Боли в ноге проходили через 3 дня после смазывания бриллиантовой зеленью.

Данные объективного обследования: При осмотре состояние удовлетворительное. Индекс массы тела-30, абдоминальный тип ожирения. Частота дыхания 17 в минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. Пульс 80 ударов в минуту, одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 180/110 мм рт. ст., одинаково на обеих руках. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, чсс 78 в минуту. Нижний край печени по краю реберной дуги. Пастозность голеней. Дизурии не отмечает. Кожа над 1 пальцем правой стопы обычной температуры. Пальпация в области пястно-фалангового сустава I пальца правой стопы безболезненна. Движения в полном объеме.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 11

Женщина 56 лет страдает ожирением около 30 лет. В течение 20 лет артериальная гипертензия. В последнее время получает энап 5 мг 2 раза в сутки. 5 лет назад при обращении в поликлинику по поводу высокого АД выявлен повышенный уровень гликемии. При повторных исследованиях глюкозы крови подтвержден диагноз сахарного диабета. В течение 2 лет диабет

компенсировался диетой, затем назначены пероральные сахароснижающие препараты. Сейчас получает манинил 5 мг 1 таблетку в 8 часов утра, ½ таблетки в 18 часов. В течение последнего года отмечает сжимающие боли за грудиной при ходьбе длительностью до 5 минут, проходящие в покое.

Вес 90 кг, рост 164 см. Отложение жира равномерное, окружность талии 104 см. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 170/100 мм рт ст. Левая граница относительной тупости сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Небольшая отечность голеней.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 12

Мужчина 66 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем. При обследовании: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичны, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД 210/130 мм ртстS=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническаянейроретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л (в остальном - без особенностей). АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Причина вызова врача на дом к мужчине 45 лет — сильная боль в правой стопе. Выясняется, что накануне он был в гостях на дне рождения друга, где были шашлыки и красное вино в большом количестве. Боль началась внезапно около 6 ч утра и локализовалась преимущественно в области I—II плюснефаланговых суставов правой стопы. Кожа над суставом большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, отек распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Беспокоит слабость, температура

тела 37,6 0С, головная боль. Такое состояние возникло впервые в жизни. Вы подозреваете подагрическую атаку. Ваша диагностическая тактика — назначение

- 1) - Пункции сустава
- 2) - Клинического анализа крови
- 3) - Анализа крови на мочевую кислоту
- 4) - Рентгенограммы стоп
- 5) - Анализа суточной мочи на мочевую кислоту

2. Женщина 32 лет, пришла на профилактический осмотр. В анамнезе — в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:

- 1) - Наблюдение в динамике
- 2) - Направление на консультацию к ревматологу
- 3) - Направление на консультацию к кардиохирургу
- 4) - Назначение антибиотиков и фуросемида
- 5) - Направление на УЗИ сердца с доплерографией

3. Мужчина 36 лет предъявляет жалобы на резкие боли в левом коленном суставе с покраснением кожи, припухлостью, ограничением подвижности. При расспросе выясняется, что около месяца назад он лечился у знакомого уролога от «уретрита». Вы назначает

- 1) - Rg-грамму коленного сустава и анализ крови
- 2) - Мазок на наличие гонококков
- 3) - Анализ крови и анализ мочи
- 4) - Консультацию ревматолога
- 5) - Пункцию коленного сустава с введением кортикостероидов

4. Какой симптомокомплекс при СКВ в наибольшей степени определяет прогноз заболевания:

- 1) - Артрит (синовииты)
- 2) - Кожная эритема
- 3) - Кардит
- 4) - Васкулит
- 5) - Неврит

5. У женщины 28 лет наблюдаются боли в мелких суставах кистей с ограничением подвижности. При проведении дифференциальной диагностики между ревматоидным артритом и СКВ какой показатель будет решающим для постановки диагноза

- 1) - Повышение СОЭ
- 2) - Рентгенологические признаки деструкции околоуставных тканей
- 3) - Наличие РФ в сыворотке крови
- 4) - Наличие АНФ в крови
- 5) - Повышение Ig G, M, A и СРБ

6. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии — увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз

- 1) - сужение левого атриовентрикулярного отверстия
- 2) - недостаточность митрального клапана
- 3) - недостаточность устья аорты
- 4) - стеноз устья аорты
- 5) - коарктация аорты

7. Высокая инфицированность вирусом гепатита В характерна для

- 1) - Системной красной волчанки
- 2) - Ревматоидного артрита

- 3) - Узелкового полиартериита
 - 4) - Системной склеродермии
 - 5) - Ревматическая лихорадка
8. Поражение глаз в виде увеитов и иритов более характерны для
- 1) - Болезни Бехтерева
 - 2) - Ревматоидного артрита взрослых
 - 3) - Склеродермии
 - 4) - Узелкового полиартериита
9. Синдром Рейно более характерен для
- 1) - Ревматоидного артрита
 - 2) - Узелкового полиартериита
 - 3) - Системной склеродермии
 - 4) - Дерматомиозита
 - 5) - Системной красной волчанки
10. У больной 45 лет наблюдается синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания, легочная гипертензия, затруднение сгибания пальцев рук, уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса концевых фаланг. Правильный диагноз
- 1) - Системная красная волчанка
 - 2) - Ревматоидный артрит
 - 3) - Системная склеродермия
 - 4) - Узелковом полиартериит
11. Степень лимфаденопатии более выражена при
- 1) - Болезни Стилла
 - 2) - Остром ревматическая лихорадке
 - 3) - Узелковом полиартериите
 - 4) - Ревматоидном артрите
12. Сочетание лихорадки, полиневрита, артериальной гипертензии и бронхообструкции характерно для
- 1) - Синдром Чарга-Стросса
 - 2) - Дерматомиозита
 - 3) - Системной красной волчанки
 - 4) - Острого ревматическая лихорадки
 - 5) - Инфекционного эндокардита
 - 6) - Хронического гломерулонефрита
 - 7) - Хронического обструктивного бронхита
13. Избирательное поражение суставов нижних конечностей более характерно для
- 1) - Остеоартроза
 - 2) - Болезни Бехтерева
 - 3) - Псориатического артрита
 - 4) - Синдрома Рейтера
14. Носительство HLA-B27-антигенов свойственно
- 1) - Ревматоидному артриту
 - 2) - Анкилозирующему спондилиту (болезни Бехтерева)
 - 3) - Дерматомиозиту
 - 4) - Спондилоартрозу
 - 5) Подагре
15. В лечении дерматомиозита основное значение имеет
- 1) - Преднизолон в высоких дозах
 - 2) - Преднизолон в средних дозах
 - 3) - Антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты
 - 4) - Циклофосфан
 - 5) - Плазмаферез

16. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет
- 1) - Повышение уровня белков острой фазы
 - 2) - Высокая активность креатинфосфокиназы
 - 3) - Умеренный лейкоцитоз
 - 4) - Наличие гемолитической анемии
17. Признаки, характерные для дерматомиозита
- 1) - «Бабочка» на лице
 - 2) - Остеолиз ногтевых фаланг
 - 3) - Резкая мышечная слабость
 - 4) - Деформация суставов
18. При системной красной волчанке чаще выявляют
- 1) - Лейкопению
 - 2) - Лейкоцитоз
 - 3) - Тромбоцитоз
 - 4) - Тромбоцитопению
19. В классификации остеоартроза по Kellgren и Lawtence выделяют
- 1) - Три стадии (I, II, III)
 - 2) - Четыре стадии (0, I, II, III)
 - 3) - Пять стадий (0, I, II, III, IV)
20. При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы
- 1) - Позвоночника
 - 2) - Коленные
 - 3) - Проксимальные межфаланговые
 - 4) - Крестцово-подвздошное сочленение
 - 5) - Дистальные межфаланговые
21. Лабораторными признаками активности ревматоидного артрита являются: А. Повышение СРБ; Б. Ускорение СОЭ; В. Повышение ЛДГ; Г. Лейкоцитоз; Д. Титр АСЛ-О"
- 1) - б, в
 - 2) - а, б
 - 3) - а, в
 - 4) - в, д
22. Паннус – это
- 1) - Агрессивная грануляционную ткань
 - 2) - Утренняя скованность больше 1 часа
 - 3) - Повышение АЛТ
 - 4) - Узелок Гебердена
 - 5) - Высокий титр АСЛ-О
23. Ревматическая лихорадка вызывается
- 1) - Стафилококком
 - 2) - Бета-гемолитическим стрептококком группы С
 - 3) - Пневмококком
 - 4) - Бета-гемолитическим стрептококком группы А
 - 5) - Возбудитель не известен
24. Наиболее типичными признаками ревматической лихорадки являются: А. Малая хорея; Б. «Летучий» артрит; В. Кольцевидная эритема; Г. Узловатая эритема
- 1) - в, г
 - 2) - а, б, в
 - 3) - а, б
 - 4) - б, в
25. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через
- 1) - 1 – 2 года
 - 2) - 2 – 3 недели

- 3) - 4 дня
- 4) - 5 месяцев
- 5) - 6 недель

26. Выберите препараты, являющиеся селективными ингибиторами ЦОГ-2: А. аэртал; Б. нимесулид; В. Кетопрофен; Г. целекоксиб; Д. мелоксикам"

- 1) - б, г, д
- 2) - а, б, г, д
- 3) - а, г
- 4) - г, д

27. Типичные боли механического типа при остеоартрозе: А. стихают в покое; Б. усиливаются после нагрузки; В. уменьшаются после нагрузки; Г. возникают при первых движениях (стартовые боли)

- 1) - а, б
- 2) - б, г
- 3) - а
- 4) - б

28. Факторами, способствующими прогрессированию остеоартроза коленного сустава являются: А. ожирение; Б. продольное и поперечное плоскостопие; В. повторные травмы; Г. слабость четырехглавой мышцы бедра; Д. вальгусная и варусная деформации коленного сустава; Е. хроническая артериальная недостаточность"

- 1) - а, б, г
- 2) - а, в, д
- 3) - а, в, г, д
- 4) - а, г
- 5) - г, д

29. Отметьте правильные положения, касающиеся тактики назначения аллопуринола: А. аллопуринол противопоказан при нефролитиазе; Б. аллопуринол противопоказан при остром приступе подагры; В. аллопуринол назначают в дозе 50-100 мг в сутки с титрованием до нормализации уровня мочевой кислоты в сыворотке крови; Г. аллопуринол противопоказан при гиперурикозурии; Д. при развитии на фоне лечения аллопуринолом обострения подагры его необходимо отменить; Е. доза аллопуринола зависит от уровня клубочковой фильтрации"

- 1) - а, г
- 2) - б, в, е
- 3) - б, в
- 4) - в, д, е

Ситуационные задачи

№1

Больная К., 71 год. Жалобы: на боль в поясничном отделе позвоночника при ходьбе, «усталость» в спине после длительного сидения. Давление ребер на подвздошные кости, тяжесть в спине.

Боли в спине с 2017 года, никуда не обращалась, нигде не лечилась, ухушение с августа 2017 года.

Перенесенные заболевания: эррозии антрального отдела желудка, гепатит, туб, СД – отрицает. Гинекологические заболевания отрицает, климакс 49 лет.

Наследственность: у матери перелом шейки бедра. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективно: Вес - 32 кг, рост – 142 см (раньше 153 см). Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Кифотическая деформация позвоночника, С-образный левосторонний сколиоз, расстояние между 12 парой ребер и подвздошными костями 4 см. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№2

Больной Л., 49 лет. Жалобы: беспокоят боли в лучезапястных суставах, больше в левом, припухлость левого лучезапястного сустава, а так же боли в пястно-фаланговых суставах и проксимальных межфаланговых суставах кистей в течение дня и ночью. Припухлость суставов кистей. Утренняя скованность в кистях до 1 часа.

Впервые боли в левой кисти появились в апреле 2018 г. Без видимых причин. Обратился к неврологу, был направлен на МРТ. На МРТ выявлена межпозвонковая грыжа шейного отдела позвоночника (С5, С6, С7). Использовал кетонал с хорошим эффектом. Затем появились боли в коленных суставах. Припухание правого коленного сустава. Припухание лучезапястных суставов, пястно-фаланговых суставов II, III пальца правой кисти. Кетонал перестал помогать. Обратился к участковому терапевту и неврологу. Назначалось лечение: трентал, димексид, цитофлавин, берлитион, диафлекс без эффекта. Направлен к ревматологу. Невролог назначен дипроспан в/м. После укола существенное улучшение.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия, варикозная болезнь вен нижних конечностей (оперативное лечение слева), операция на правом коленном суставе (артроскопическая) по какому поводу не знает. ЯБ 12 ПК.

Наследственность: у отца рак гортани. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Подозрение на тофусы правой ушной раковины. Суставы: безболезненность при пальпации и синовит левого лучезапястного сустава, пястно-фаланговых суставов II, III пальцев левой кисти, припухлость правого коленного сустава, бурсит левого локтевого сустава, с-м сжатия китсей сомнительный, движения в лучезапястных и суставах кисти ограничены из-за умеренных болей (на фоне приема дипроспана). Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№3

Больная Ш., 68 лет. Жалобы: на боль в суставах коленных суставов при ходьбе, нагрузках, уменьшаются в покое, не беспокоят по ночам. Утренняя скованность в коленных суставах до 5 минут.

Вышеперечисленные жалобы появились 10 лет назад, появлялись эпизодически после физических перегрузок. Принимала нестероидные противовоспалительные препараты с хорошим эффектом. Последнее обострение возникло 2 недели назад, без видимых причин. Принимала НПВП внутрь и местно без эффекта. Обратилась к участковому терапевту, направлена на консультацию к ревматологу. Перенесенные заболевания: холецистэктомия 2014 г. (ЖКБ), гепатит, туб., СД – отрицает.

Объективно: Рост – 161 см, вес – 110 кг, ОТ – 123 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы: болезненность коленных суставов при пальпации в области внутренней крестообразной связки, с-м балатирования надколенника отрицательный, гиперемии, гипертермии над коленными суставами не определяется.

Движения пассивные в полном объеме. Крепитация при движении. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 140/80 мм. рт. ст. Пульс 68 ударов в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№4

Больной А., 48 лет. Жалобы: на боль в коленных, голеностопных суставах припухлость этих суставов, боли постоянные в покое, повышение температуры над этими суставами. Покраснение и припухлость II пальца правой стопы. Утренняя скованность не беспокоит.

В 2002 году появилось припухлость и боли в правом голеностопном суставе. Принимал нимесил с хорошим эффектом. В 2003 г. перенес влербэктомия по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей справа. После операции вновь повторение симптоматики. Лечился народными средствами. 4 года назад появилась боль и припухлость в правом коленном суставе, диагностирован синовит, бурсит, хирургом ОБУЗ ГКБ №4, проводилась в/с пункция с введением глюкокортикостероидов. Установлен диагноз реактивный артрит. Направлен на консультацию в ревматологу ИвОКБ, назначено дообследование, какое не помнит. (анализ крови на АТ к хламидиям и т.д.) Со слов больного хламидии обнаружены не были. Последнее ухудшение месяц назад.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь (систолическое АД до 190 мм рт.ст.), (принимает лариста, андипал). Гепатит, туб., СД – отрицает. Наследственность: у отца подагра. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективно: Рост – 179 см, вес – 90 кг, объем талии – 106 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. В области левой ушной раковины – подозрение на тофус. Суставы: ограничение движений в проксимальном межфаланговом суставе III пальца левой кисти, припухлость правого коленного сустава и правого голеностопного сустава, межфалангового сустава II пальца правой стопы, повышение температуры над этими суставами, гиперемия кожи над этими суставами. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 150/90 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№5

Молодой человек М. 21 год обратился с жалобами: на скованность по утрам в пояснично-крестцовой области в течение 3 часов, стреляющие боли от ягодиц по задней поверхности бедра с обеих сторон, при ходьбе по утрам боль в области илеосакральных сочленений. Давящие боли в грудном отделе позвоночника. При поворотах шей и наклонах давящие, тянущие боли. Боли в атланта-акцепитальных сочленениях справа. Ежедневно принимает аэртал. Сухость глаз утром и покраснение левого глаза утром.

Болен 6 лет, когда стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника лечился у невролога с диагнозом: остеохондроз позвоночника с хорошим эффектом. Ухудшение около 1 месяца, когда стали беспокоить боли в грудном и поясничном отделе позвоночника, тазобедренных суставах, больше в покое. На фоне НПВС отмечает улучшение в виде уменьшения болей. За 5 лет конъюнктивит 2 раза, увеит 1 раз.

Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез: неотягощен. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы: болезненность при пальпации по ходу остистых отростков грудного и поясничного, крестцовом отделах позвоночника, в области илеосакральных сочленений. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№6

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм ртст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№7

Женщина 33 лет

Считает себя больной в течение 2 лет, когда появились и стали неуклонно прогрессировать одышка и быстрая утомляемость при физической нагрузке. Кроме того, беспокоит сердцебиение, зябкость и похолодание конечностей.

Объективно: Диффузный цианоз. ЧСС= 90 уд\мин., АД = 100/60 мм рт ст.. Границы сердца расширены вправо на 2 см. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 11 тона и диастолический шум на легочной артерии. В легких -дыхание ослаблено, хрипов нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пастозность голеней.

ЭКГ: Отклонение ЭОС вправо, Признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Блокада правой ножки пучка Гиса.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 8

Больной 50 лет, офицер МВД.

Жалобы: на момент осмотра не предъявлял.

Anamnes morbi Во время очередного профилактического осмотра сотрудников было выявлено АД 180 \ 100 мм.рт. ст. Ранее АД выше 140\90 мм.рт. ст. не поднималось. Курит. Режим питания- 2 раза в день. Не ограничивает потребление жирных и мясных продуктов, пива, в последнее время «с целью сохранения здоровья» перешел на красные десертные вина. Уотца-повышение АД, инсульт в возрасте 59 лет. У пациента в анамнезе-мочекаменная болезнь, ранее протекавшая с почечными коликами. В последние 3 месяца несколько раз отмечал «воспаление» в области пястно-фалангового сустава I пальца правой стопы, проявляющееся сильными болями, гиперемией в области сустава, повышением температуры тела. Боли в ноге проходили через 3 дня после смазывания бриллиантовой зеленью.

Данные объективного обследования: При осмотре состояние удовлетворительное. Индекс массы тела-30, абдоминальный тип ожирения. Частота дыхания 17 в минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. Пульс 80 ударов в минуту, одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 180/110 мм рт. ст., одинаково на обеих руках. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, чсс 78 в минуту. Нижний край печени по краю реберной дуги. Пастозность голеней. Дизурии не отмечает. Кожа над I пальцем правой стопы обычной температуры. Пальпация в области пястно-фалангового сустава I пальца правой стопы безболезненна. Движения в полном объеме.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 9

Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - 483x10⁹/л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 10

У больной Н., 25 лет, на мед. осмотре выявлен шум при аускультации сердца. Жалоб не предъявляет, считала себя здоровой. При опросе выяснилось, что в возрасте 10 лет перенесла полиартрит, лечилась домашними средствами. Неоднократно болела ангинами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра, левая на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии в У межреберье. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дующего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. СУХОЙ КАШЕЛЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ
 - 1) ПНЕВМОНИИ
 - 2) ЛАРИНГИТЕ
 - 3) ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
 - 4) ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
2. ПРИЕМ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ КАШЛЯ?
 - 1) БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ
 - 2) ИНГИБИТОРЫ АПФ
 - 3) СТАТИНЫ
 - 4) БЛОКАТОРЫ МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ
3. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
 - 1) ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ
 - 2) ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
 - 3) ИНФАРКТЕ ЛЕГКОГО
 - 4) ВЫПОТЕ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ
4. У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ
 - 1) ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ
 - 2) СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ
 - 3) КРЕПИТАЦИЯ
 - 4) ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ
5. КАКОЙ ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СУХОГО ПЛЕВРИТА?
 - 1) ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ
 - 2) СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ
 - 3) КРЕПИТАЦИЯ
 - 4) ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ
6. КАКАЯ ДОЗА САЛЬБУТАМОЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛЯТОРНОЙ ПРОБЫ:

- 1) 100 МКГ
- 2) 200 МКГ
- 3) 300 МКГ
- 4) 400 МКГ

7. При бронходилатационном тесте с ингаляционным В₂-агонистом спирометрия проводится после ингаляции препарата через

- 1) 5-10 мин
- 2) 15-30 мин
- 3) 60-90 мин
- 4) 120-150 мин

8. Какой показатель позволяет дифференцировать обструктивные и рестриктивные нарушения:

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ОФВ₁
- 4) ОФВ₁/ФЖЕЛ

9. Для оценки выраженности бронхиальной обструкции обычно используется показатель спирометрии

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ОФВ₁
- 4) ОФВ₁/ФЖЕЛ

10. Верхняя доля левого легкого состоит из

- 1) 2 сегментов
- 2) 3 сегментов
- 3) 5 сегментов
- 4) 6 сегментов

11. Субтотальное однородное затенение на рентгенограмме органов грудной клетки со смещением средостения в противоположную сторону характерно для

- 1) Пневмонии с многодолевым поражением
- 2) Ателектаза доли легкого
- 3) Выпота в плевральной полости
- 4) Инфаркта легкого

12. Определенным диагнозом внебольничной пневмонии является при наличии у пациента

- 1) рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани
- 2) фокуса крепитации и/или мелкопузырчатых хрипов
- 3) лейкоцитоза более 10 Г/л
- 4) всех перечисленных отклонений от нормы

13. Диагностически значимый титр возбудителя при бактериологическом исследовании мокроты пациента с внебольничной пневмонией составляет не менее

- 1) 10^3
- 2) 10^4
- 3) 10^5
- 4) 10^6

14. Критерием тяжелого течения пневмонии является:

- 1) температура тела выше 38°
- 2) частота дыхания более 30 в минуту
- 3) количество лейкоцитов периферической крови выше 10,0 Г/л
- 4) возраст моложе 25 лет

15. При нетяжелой внебольничной пневмонии у пациента 30 лет без сопутствующих заболеваний препаратом выбора является:

- 1) ЦИПРОФЛОКСАЦИН
 - 2) Линкомицин
 - 3) АМОКСИЦИЛЛИН
 - 4) ГЕНТАМИЦИН
16. При нетяжелой внебольничной пневмонии на фоне ХОБЛ препаратом выбора является:
- 1) АЗИТРОМИЦИН
 - 2) ЦЕФАЗОЛИН
 - 3) ЭРИТРОМИЦИН
 - 4) АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТ
17. КАКУЮ КОМБИНАЦИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ?
- 1) ЦЕФАЗОЛИН В/М + КЛАРИТРОМИЦИН ВНУТРЬ
 - 2) ЦЕФТРИАКСОН В/В + ГЕНТАМИЦИН В/М
 - 3) ЦЕФОТАКСИМ В/В + АЗИТРОМИЦИН В/В
 - 4) АМПИЦИЛЛИН В/М + ЦИПРОФЛОКСАЦИН В/В
18. КОГДА НЕОБХОДИМА СМЕНА ПРЕПАРАТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ?
- 1) ЧЕРЕЗ 48 Ч ОТ НАЧАЛА ТЕРАПИИ
 - 2) ЧЕРЕЗ 5 - 7 ДНЕЙ
 - 3) ЧЕРЕЗ 8 ДНЕЙ
 - 4) ПОСЛЕ ПОЛНОГО КУРСА ДАННОГО ПРЕПАРАТА
19. ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
- 1) СЕПСИСА
 - 2) ТЯЖЕЛОЙ ВНЕТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМЫ
 - 3) ИНГАЛЯЦИИ ТОКСИЧНЫМИ ГАЗАМИ
 - 4) ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО
20. О ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ГОВОРЯТ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА НА ФОНЕ УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ ПОЛНОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ОЧАГОВО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ
- 1) ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
 - 2) ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ОТ МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 3) ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
 - 4) ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
21. ФАКТОРОМ РИСКА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ВОЗРАСТ СТАРШЕ 55 ЛЕТ
 - 2) ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ
 - 3) МУЛЬТИЛОБАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ
 - 4) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ
22. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ – ЭТО
- 1) ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ В СТАЦИОНАРЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА В БОЛЬНИЦЕ
 - 2) ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ЧЕРЕЗ 24 И БОЛЕЕ ЧАСОВ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 3) ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ЧЕРЕЗ 48 И БОЛЕЕ ЧАСОВ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 4) ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ЧЕРЕЗ 72 И БОЛЕЕ ЧАСОВ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
23. ПОЗДНЯЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ НЕ РАНЕЕ
- 1) 4-ГО ДНЯ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 2) 5-ГО ДНЯ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 3) 6-ГО ДНЯ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
 - 4) 7-ГО ДНЯ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
24. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЗДНЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
- 1) ЦЕФАЗОЛИН

- 2) ЦЕФТАЗИДИМ
 - 3) ЦЕФТРИАКСОН
 - 4) ЦЕФУРОКСИМ
25. ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МЕТИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ЛИНЕЗОЛИД
 - 2) ОКСАЦИЛЛИН
 - 3) АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТ
 - 4) ЛЕВОФЛОКСАЦИН
26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ АСПИРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОККИ
 - 2) ГРАМ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ
 - 3) АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ
 - 4) ЛЕГИОНЕЛЛЫ
27. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АСПИРАЦИОННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
- 1) АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТ
 - 2) ОКСАЦИЛЛИН
 - 3) ЦЕФОТАКСИМ
 - 4) ЦИПРОФЛОКСАЦИН
28. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНЫХ ПНЕВМОНИЙ?
- 1) ИМИПЕНЕМ
 - 2) КО-ТРИМОКСАЗОЛ
 - 3) ЛИНЕЗОЛИД
 - 4) ВАНКОМИЦИН
29. КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО?
- 1) ПНЕВМОКОККИ
 - 2) ГЕМОФИЛЬНАЯ ПАЛОЧКА
 - 3) АНАЭРОБНЫЕ МИКРОБЫ
 - 4) ХЛАМИДИИ
30. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО
- 1) АМПИЦИЛЛИН
 - 2) АЗИТРОМИЦИН
 - 3) ГЕНТАМИЦИН
 - 4) МЕРОПЕНЕМ
31. К СИЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСИТСЯ
- 1) ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА
 - 2) ОЖИРЕНИЕ
 - 3) ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
 - 4) БЕРЕМЕННОСТЬ
32. ОСНОВНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ НАЛИЧИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ И ИХ ЛОКАЛИЗАЦИЮ
- 1) АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ
 - 2) БРОНХОСКОПИЯ
 - 3) РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
 - 4) КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
33. У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ ЧАЩЕ, ЧЕМ У ОСТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ИЗ МОКРОТЫ ВЫДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МИКРООРГАНИЗМ
- 1) МИКОПЛАЗМА
 - 2) КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА
 - 3) ХЛАМИДИЯ

4) Синегнойная палочка

34. При обострении бронхоэктатической болезни, сопровождающемся отделением большого количества гнойной мокроты, Вы назначите

- 1) Амоксициллин
- 2) Джозамицин
- 3) Цефтазидим
- 4) Линкомицин

35. Для острого бронхита характерно наличие остро возникшего кашля, продолжающегося

- 1) Не более 1-2 недель
- 2) Не более 3-4 недель
- 3) Не менее 4 недель
- 4) Не более 2 месяцев

36. Антибактериальная терапия при остром бронхите

- 1) Назначается всегда
- 2) Не рекомендуется при неосложненном остром бронхите
- 3) Показана при явных признаках инфекционного поражения бронхов: выделение гнойной мокроты и увеличение ее количества, возникновении или нарастании одышки и нарастании признаков интоксикации
- 4) Верно 2) и 3)

37. Степень тяжести бронхиальной астмы определяется:

- 1) объемом терапии, который требуется для достижения контроля астмы
- 2) эозинофилией крови
- 3) результатом теста с бронходилататором
- 4) результатом провокационного теста

38. Наиболее частым клиническим симптомом при тромбоэмболии легочной артерии является

- 1) Боль в грудной клетке
- 2) Одышка
- 3) Кровохарканье
- 4) Лихорадка

39. Результат бронходилатационного теста с β_2 -агонистом считается положительным при увеличении ОФВ₁ после ингаляции препарата на

- 1) Не менее 5% и 100 мл
- 2) Не менее 8%
- 3) Не менее 12% и 200 мл
- 4) любую величину

40. У больного астмой 3-4 раза в неделю в дневное время возникают эпизоды затрудненного дыхания, которые купируются ингаляцией сальбутамола. Ночных пробуждений из-за астмы нет. Ограничений активности нет. Определите степень контроля астмы:

- 1) Хорошо контролируемая
- 2) Частично контролируемая
- 3) Неконтролируемая
- 4) Обострение

41. Наиболее часто при бронхиальной астме у взрослых пациентов этиологически значимыми являются аллергены

- 1) Лекарственных препаратов
- 2) Клещей домашней пыли
- 3) Пыльцы деревьев
- 4) Пищевых продуктов

42. Какой из препаратов, перечисленных ниже, относится к β_2 -агонистам длительного действия:

- 1) ФОРМОТЕРОЛ
- 2) ТИОТРОПИУМ БРОМИД
- 3) ИПРАТРОПИУМ БРОМИД
- 4) ТЕОПЭК

43. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИНГАЛЯЦИЯМИ БЕКЛОМЕТАЗОНА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 500 МКГ СОХРАНЯЕТСЯ ПОТРЕБНОСТЬ В В2-АГОНИСТАХ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ 3-4 РАЗА В СУТКИ ЕЖЕДНЕВНО, СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ПСВ 30%. ВАША ТАКТИКА:

- 1) ПРОДОЛЖИТЬ ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ
- 2) НАЗНАЧИТЬ М-ХОЛИНОЛИТИКИ
- 3) НАЗНАЧИТЬ НЕДОКРОМИЛ НАТРИЯ
- 4) НАЗНАЧИТЬ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ β 2-АГОНИСТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

44. У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, КОТОРАЯ БЫЛА В ТЕЧЕНИЕ ПРЕДЫДУЩИХ 3 МЕСЯЦЕВ ХОРОШО КОНТРОЛИРУЕМОЙ, ПОВЫСИЛАСЬ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНГАЛЯЦИЯХ САЛЬБУТАМОЛА ДО 3-4 РАЗ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК. ПСВ 190 Л/МИН, ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНО ЛУЧШЕМ ЗНАЧЕНИИ ПСВ 340 Л/МИН. ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ГРОМКИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ. ОЦЕНИТЕ ТЯЖЕСТЬ ОБОСТРЕНИЯ АСТМЫ:

- 1) ЛЕГКОЕ
- 2) УМЕРЕННО ТЯЖЕЛОЕ
- 3) ТЯЖЕЛОЕ
- 4) ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕЕ

45. НИЗКОЕ ЗНАЧЕНИЕ Д-ДИМЕРА

- 1) С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЕРОЯТНОСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
- 2) С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЕРОЯТНОСТИ ИСКЛЮЧАЕТ ДИАГНОЗ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
- 3) ВСЕГДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
- 4) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НЕВЕРНО

46. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ В2-АГОНИСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
- 2) ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ
- 3) УВЕЛИЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT $> 0,45$ МС
- 4) ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 100 В МИНУТУ

47. АДЕКВАТНАЯ ДОЗА ПЕРОРАЛЬНОГО ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ АСТМЫ

- 1) 10-20 МГ
- 2) 20-30 МГ
- 3) 30-35 МГ
- 4) 40-50 МГ

48. НАЗОВИТЕ БЕЗУСЛОВНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ:

- 1) КУРЕНИЕ ТАБАКА
- 2) РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ
- 3) КОНТАКТ С АЛЛЕРГЕНАМИ
- 4) ХОЛОДНЫЙ, ВЛАЖНЫЙ КЛИМАТ

49. ПАЦИЕНТ 53 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ПРИ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СЛИЗИСТОЙ МОКРОТЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИМЕРНО В ТЕЧЕНИЕ 15 ЛЕТ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД СТАЛА БЕСПОКОИТЬ ОДЫШКА ПРИ ХОДЬБЕ. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С БРОНХОДИЛЯТОРОМ ОФВ1 60% ОТ ДОЛЖНОГО. ОЦЕНИТЕ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ:

- 1) ЛЕГКАЯ
- 2) СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ
- 3) ТЯЖЕЛАЯ
- 4) КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ

50. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА, ОПИСАННОГО В ПРЕДЫДУЩЕМ ТЕСТОВОМ ЗАДАНИИ:

- 1) Сальбутамол
- 2) Беклометазон
- 3) Тиотропиум бромид
- 4) Теофедрин

51. Выберите препарат для антибактериальной терапии неосложненного обострения ХОБЛ (редкие обострения, ОФВ1 65% от должного):

- 1) Пенициллин
- 2) Амоксициллин
- 3) Гентамицин
- 4) Цефазолин

2. Выберите препарат для антибактериальной терапии осложненного обострения ХОБЛ (частые обострения, ОФВ1 40% от должного):

- 1) Цефазолин
- 2) Ампициллин
- 3) Амоксициллин/клавуланат
- 4) Гентамицин

53. Системные глюкокортикостероиды назначаются больным с обострением ХОБЛ параллельно с бронхолитической терапией в случае:

- 1) Обострения ХОБЛ на фоне вирусной инфекции
- 2) При ОФВ1 менее 50% от должного
- 3) При ЖЕЛ менее 70% от должного
- 4) Обострения ХОБЛ, спровоцированного приемом β -адреноблокаторов

54. Для ХОБЛ характерно следующее значение показателя функции внешнего дыхания

- 1) ФЖЕЛ более 80%
- 2) ОФВ1 < 60%
- 3) ОФВ1 > 70%
- 4) ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%

55. Для оценки выраженности симптомов у больных ХОБЛ используются

- 1) Шкала одышки mMRC и САТ-тест
- 2) АСТ и MRC-5 тесты
- 3) CRB-65 шкала
- 4) Шкала SCORE

56. Для 1-й степени дыхательной недостаточности характерны следующие показатели SATO2

- 1) 95-97%
- 2) 90-94%
- 3) 75-89%
- 4) < 75%

57. Для профилактики обострений ХОБЛ на фоне гриппа рекомендуется прежде всего

- 1) Профилактическое применение арбидола во время эпидемии гриппа
- 2) Ежегодная противогриппозная вакцинация
- 3) Профилактическое применение озельтамивира во время эпидемии гриппа
- 4) Избегать контактов с больными гриппом

58. Показания к длительной кислородотерапии у больных ХОБЛ

- 1) PAO2 < 65 мм рт. ст. или SATO2 < 92% в покое
- 2) PAO2 < 55 мм рт. ст. или SATO2 < 88% в покое
- 3) PAO2 < 70 мм рт. ст. или SATO2 < 94% в покое
- 4) PAO2 < 75 мм рт. ст. или SATO2 < 96% в покое

59. Антибиотики при обострении ХОБЛ назначаются

- 1) Обязательно всем больным с обострением
- 2) Пациентам с обострением ХОБЛ, имеющим усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление гнойного характера мокроты

- 3) ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ МОКРОТЫ ВЫДЕЛЕН ПАТОГЕННЫЙ МИКРООРГАНИЗМ
 - 4) ТОЛЬКО ПАЦИЕНТАМ С ФАКТОРАМИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ
60. МУКОЛИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НАРЯДУ СО СПОСОБНОСТЬЮ СНИЖАТЬ ВЯЗКОСТЬ И АДГЕЗИВНОСТЬ МОКРОТЫ, НОРМАЛИЗУЕТ КОЛИЧЕСТВО БРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА:
- 1) АЦЕТИЛЦИСТЕИН
 - 2) ЭРДОСТЕИН
 - 3) АМБРОКСОЛ
 - 4) КАРБОЦИСТЕИН

Ситуационные задачи

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 1

Жалобы: Пациентка 74 лет предъявляет жалобы на одышку экспираторного характера в покое, усиливающуюся при ходьбе, сухой кашель по утрам, хрипы в груди, приступы экспираторного удушья 1-2 раза за ночь, дневные - до 5 раз в день.

Анамнез заболевания: Приступообразный кашель, одышка беспокоят более 30 лет. 15 лет назад появились приступы экспираторного удушья, которые купировала сальбутамолом. Обострения чаще осенью. В течение 5 лет регулярно получает беклометазон по 250 мкг 2 раза в сутки, формотерол 12 мкг по 1 ингаляции 2 раза в сутки. Последнее ухудшение в течение месяца – с сентября текущего года – отмечает учащение приступов удушья, усиление одышки.

Анамнез жизни: Страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. В анамнезе язвенная болезнь желудка, резекция желудка в 1992 году. Много лет хронический вазомоторный ринит.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 154 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД 210/110 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Над всей поверхностью легких перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 2

Жалобы: Пациентка 65 лет предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе, подъеме по лестнице, кашель в течение дня со скудной слизистой мокротой, приступы удушья 3-4 раза в день в дневное время, 2-3 раза в течение ночи, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке.

Анамнез заболевания: Приступы удушья, приступообразный кашель беспокоят в течение 20 лет. Обострения частые, связаны со сменой погоды. Ежегодно стационарное лечение в связи с обострением заболевания. В течение последних 5 лет постоянно получает бекламетазон по 500 мкг 2 раза в сутки, формотерол 12 мкг 2 раза в сутки. В связи с недостаточной эффективностью указанной терапии 2 года назад к лечению добавлен метипред 2 таблетки в сутки.

Анамнез жизни: Страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. В анамнезе синусит.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 165 см, вес 75 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Над всей поверхностью легких перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 3

Жалобы: Пациент 61 года предъявляет жалобы на одышку при ходьбе по ровной поверхности на расстояние около 100 м, кашель с мокротой зеленоватого цвета, преимущественно по утрам.

Анамнез заболевания: Кашель беспокоил давно, одышка при физической нагрузке появилась 7 лет назад, постепенно нарастает. Обострения с усилением кашля и одышки ежегодно, чаще после ОРВИ. В течение последних 5 лет постоянно получает формотерол по 12 мкг 2 раза в сутки, тиотропия бромид 18 мкг 1 раз в сутки. Последнее ухудшение около 3 недель, после перенесенного ОРВИ: усилилась одышка, кашель, увеличилось количество мокроты, отмечалась мокрота зеленоватого цвета.

Анамнез жизни: Курит в течение 35 лет по пачке сигарет в сутки. Страдает гипертонической болезнью.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 178 см, вес 80 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/95 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см, селезенка не увеличена. Отеков нет. Сатурация O₂ 96%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 4

Жалобы: Пациент 77 лет предъявляет жалобы на одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, разговоре, кашель с мокротой зеленоватого цвета, преимущественно по утрам.

Анамнез заболевания: Около 5-6 лет отмечает кашель по утрам с отделением мокроты. Одышка при физических нагрузках беспокоит в течение 2 лет, постепенно нарастает. Стационарное лечение в связи с обострением заболевания 11 месяцев назад. После этого получал формотерол с

незначительным эффектом. Последнее ухудшение около 2 недель: усилилась одышка, кашель, стало отходить больше мокроты.

Анамнез жизни: Курил около 50 лет по пачке сигарет в сутки, последние 2 года не курит.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 182 см, вес 96 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – по срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 94%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 5

Жалобы: Пациент 66 лет предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при самообслуживании, разговоре, поворотах в кровати.

Анамнез заболевания: Кашель начал беспокоить 15 лет назад. Одышка при физических нагрузках появилась 7-8 лет назад, постепенно нарастает. За медицинской помощью впервые обратился 3 года назад. С этого времени ежегодно неоднократно лечение в стационаре в связи с обострениями заболевания. Последняя госпитализация полгода назад. Постоянно получает тиотропия бромид, формотерол. Последнее ухудшение около недели, связывает со сменой погоды.

Анамнез жизни: Курил около 42 лет по пачке сигарет в сутки, не курит 4 года. Страдает гипертонической болезнью.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 170 см, вес 56 кг. Астенической конституции. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 66 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см, селезенка не увеличена. Отеки голеней, стоп. Сатурация O₂ 93%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 6

Жалобы: Пациентка 60 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, потливость, сердцебиение.

Анамнез заболевания: Заболела остро 5 дней назад: повысилась температура тела до 39°. Лечилась жаропонижающими средствами. Сохранялась фебрильная температура, нарастала слабость. Вчера

обратилась в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография грудной клетки, после чего пациентка по неотложной помощи госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни: Страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. 2 года назад оперирована по поводу рака прямой кишки.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка конической формы, левая ее половина отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного звука над средними отделами левого легкого. Дыхание жесткое, сухие хрипы с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые хрипы слева ниже 2 ребра по передней поверхности в небольшом количестве. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 94%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 7

Жалобы: Пациент 66 лет предъявляет жалобы на одышку при минимальных нагрузках, самообслуживании, отеки ног, общую слабость.

Анамнез заболевания: 14 лет назад перенес инфаркт миокарда, с этого времени постоянная форма мерцательной аритмии. В течении последних 2 лет отмечает усиление одышки. Ухудшение около 2 недель: нарастает одышка, общая слабость.

Анамнез жизни: Страдает гипертонической болезнью более 20 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен 14 лет назад, получает манинил 3,5 мг 2 раза в сутки, метформин 1000 мг в сутки. В анамнезе трижды пневмонии.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 178 см, вес 93 кг. Кожные покровы чистые, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 80 ударов в минуту, аритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны ЧСС 80 в мин. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка конической формы, правая ее половина отстает в акте дыхания. Ослабление голосового дрожания над нижними отделами правого легкого. Выраженное притупление перкуторного звука справа ниже угла лопатки. Дыхание жесткое, справа в нижних отделах резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 12x11x10 см, селезенка не увеличена. Отеки голеней и стоп. Сатурация O₂ 94%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 8

Жалобы: Пациент 72 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38°C по вечерам, кашель при изменении положения тела сухой, редко отходит слизистая мокрота, одышку с затрудненным вдохом в покое, усиливающуюся при ходьбе, похудание на 10 кг за 3 месяца, отсутствие аппетита, общую слабость.

Анамнез заболевания: Кашель беспокоит много лет. Одышка – около года. 3 месяца назад появилась общая слабость, выраженная утомляемость. При флюорографии выявлено округлое образование правого легкого. Консультирован фтизиатром - данных за туберкулез легких не выявлено. В связи с нарастанием одышки, ухудшением самочувствия, повышением температуры тела до 38,8°, госпитализирован в пульмонологическое отделение для лечения и уточнения диагноза.

Анамнез жизни: Курит около 50 лет по пачке сигарет в сутки.

Данные осмотра: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Пониженного питания. Температура тела 37,8°. Кожные покровы бледные с серым оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Над легкими коробочный перкуторный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 9

Жалобы: Пациент 36 лет предъявляет жалобы на малопродуктивный кашель, колющие боли в левой половине грудной клетки при глубоком дыхании, субфебрильную температуру тела, потливость.

Анамнез заболевания: Заболел остро 5 дней назад: повысилась температура до 39,6° с ознобом, появился сухой кашель, боли в грудной клетке слева. Принимал парацетамол без эффекта. Вчера вызвал участкового терапевта. Сегодня выполнена рентгенограмма органов грудной клетки. Госпитализирован.

Анамнез жизни: Курит 15 лет по пачке сигарет в сутки. 10 лет назад находился в местах лишения свободы.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 170 см, вес 73 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, левая ее половина несколько отстает в акте дыхания. Небольшое притупление перкуторного звука слева в межлопаточной области. Дыхание жесткое, хрипов не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 12x11x9 см. Селезенка не увеличена. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 10

Жалобы: Пациент 49 лет предъявляет жалобы на кашель со слизистой мокротой, боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании, потливость по ночам.

Анамнез заболевания: Заболел остро 3 недели назад: повысилась температура до 39°, появился сухой кашель, боли в грудной клетке справа. На следующий день появилось кровохарканье до

сгустков крови в мокроте. Выполнена рентгенограмма легких. Госпитализирован в терапевтическое отделение. Проводилось лечение: цефтриаксон в/в, левофлоксацин в/в. Температура нормализовалась, кровохарканье прекратилось, но сохраняются боли в грудной клетке, инфильтративные изменения на рентгенограмме.

Анамнез жизни: Курит 20 лет по пачке сигарет в сутки.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Астенической конституции. Пониженного питания. Рост 170 см, вес 60 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧД 17 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, правая ее половина несколько отстает в акте дыхания. Легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 11

Жалобы: Пациентка 61 года предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: В июне 2017 года при профилактическом осмотре выявлена опухоль левой молочной железы. 24 июля 2017 года выполнена радикальная мастэктомия по поводу рака левой молочной железы. После операции начата послеоперационная лучевая терапия. На фоне проводимой лучевой терапии 14 сентября 2017 года острое ухудшение состояния: внезапно появилась одышка, резкая слабость.

Анамнез жизни: 5 лет назад выявлен сахарный диабет 2 типа, получает диабетон МВ 60 мг в сутки утром, метформин 1000 мг вечером.

Данные осмотра: Общее состояние тяжелое. В сознании. Бледная, цианоз лица. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии. ЧД 38 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Небольшая отечность левой голени. Сатурация O₂ 90%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 12

Жалобы: Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья в ночные и дневные часы, кашель редкий с отхождением слизистой мокроты, заложенность в грудной клетке, хрипы в груди.

Анамнез заболевания: Приступообразный кашель, а затем приступы удушья беспокоят в течение 10 лет. При приступах пользовалась сальбутамолом. Базисную терапию не получала. Обострения 2 раза в год весной и осенью. Последнее ухудшение с сентября текущего года: усилился кашель, одышка, участились приступы удушья, нарушился сон.

Анамнез жизни: Страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет, получает лозартан. 2 года назад лечилась по поводу рака мочевого пузыря.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 168 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 62 удара в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, сухие свистящие хрипы на выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. ДИСФАГИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
 - 1) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - 2) при ахалазии кардии
 - 3) при склеродермии
 - 4) при раке пищевода
 - 5) при всех перечисленных заболеваниях
2. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) повторные кровотечения
 - 2) пептическая язва пищевода
 - 3) стриктура пищевода
 - 4) пищевод Барретта
 - 5) верно 1) и 3)
3. ВЫБЕРИТЕ ОПИСАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (СО) ПИЩЕВОДА, СООТВЕТСТВУЮЩИХ СТАДИИ В РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПО ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
 - 1) один (или более) участок поврежденной СО, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода
 - 2) один (или более) участок поврежденной СО, размером более 5 мм, который не захватывает СО между складками
 - 3) один (или более) участок поврежденной СО, размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками
 - 4) один (или более) участок поврежденной СО, который захватывает более 75% окружности пищевода
 - 5) наличие рубцовых стриктур пищевода, язвы пищевода и кровотечение из язв пищевода, пищевод Барретта
4. Для подтверждения диагноза при неэрозивной рефлюксной болезни достаточно выполнить
 - 1) эзофагогастродуоденоскопию

- 2) рентгенологическое исследование пищевода и желудка с пробами на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3) тест с ингибиторами протонной помпы
 - 4) интрагастральную рН-метрию
 - 5) всё перечисленное
5. К ФАКТОРАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ ОТНОСЯТСЯ
- 1) соляная кислота и трипсин желудочного сока
 - 2) желчные кислоты
 - 3) панкреатические ферменты
 - 4) всё перечисленное
 - 5) верно 1) и 2)
6. ПРИ НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СТ. I/A ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ
- 1) на протяжении 4 недель в стандартной дозе
 - 2) на протяжении 4-8 недель в стандартной дозе
 - 3) на протяжении 4 недель в удвоенной дозе
 - 4) на протяжении 8 недель в половинной дозе
 - 5) на протяжении 4 недель в стандартной дозе и ещё 12 недель в половинной дозе
7. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА В-D/2-4 СТ. ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НАЗНАЧАЮТСЯ НА
- 1) 4 недели в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
 - 2) 8 недель в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы не менее 8-12 недель
 - 3) 8 недель в стандартной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
 - 4) 8 недель в удвоенной дозе с последующим приёмом стандартной дозы на протяжении не менее 16-24 недель в половинной дозе
 - 5) 8 недель в удвоенной дозе с последующим приёмом половинной дозы на протяжении не менее 24-48 недель в половинной дозе
8. ГЛАВНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ВЫРАБАТЫВАЮТ
- 1) пепсиноген
 - 2) химозин
 - 3) соляную кислоту
 - 4) верно 1) и 2)
 - 5) верно все перечисленное
9. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ
- 1) соляную кислоту
 - 2) молочную кислоту
 - 3) гастромукопротеид
 - 4) муцин
 - 5) пепсиноген
10. ДОБАВОЧНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ
- 1) муцин
 - 2) бикарбонаты
 - 3) гастрин
 - 4) секретин
 - 5) внутренний фактор Касла
11. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТСЯ
- 1) анализ желудочного сока
 - 2) рентгеноскопия желудка
 - 3) гастроскопия

- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
 - 5) верно 3) и 4)
12. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- 1) хронического гастрита с атрофией слизистой
 - 2) полипов желудка на широком основании
 - 3) дисплазии слизистой желудка
 - 4) эрозивного гастрита
 - 5) метаплазии слизистой оболочки желудка
13. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) рвота желчью
 - 2) урчание в животе
 - 3) резонанс под пространством Траубе
 - 4) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
 - 5) видимая перистальтика
- 14 У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ИЗМЕНИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА: ПОЯВИЛАСЬ ТЯЖЕСТЬ ПОСЛЕ ЕДЫ, ТОШНОТА, ОБИЛЬНАЯ РВОТА ПИЩЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ДНЯ, НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА, ПОТЕРЯ ВЕСА.
- Можно думать о следующем осложнении
- 1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны
 - 2) функциональном стенозе
 - 3) малигнизации язвы
 - 4) пенетрации язвы
 - 5) перфорации язвы
15. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО АДЕКВАТНОГО КУРСА ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ НПВП-АССОЦИИРОВАННАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЮТ
- 1) прекращение лечения
 - 2) продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной
 - 3) продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев
 - 4) продолжение поддерживающей терапии в течении всего периода применения НПВП.
 - 5) направление больного на санаторно-курортное лечение
16. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ
- 1) демпинг-синдром
 - 2) гипогликемический синдром
 - 3) постгастрорезекционная дистрофия
 - 4) функциональный синдром приводящей петли
 - 5) все перечисленные
17. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) рентгеноскопия
 - 2) гастроскопия
 - 3) определение уровня серотонина в крови
 - 4) верно 1) и 2)
 - 5) верно 1) и 3)
18. ВАЖНЕЙШИМИ ФАКТОРАМИ ПАТОГЕНЕЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) расстройства двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки
 - 2) избыточная кислотная продукция слизистой оболочкой желудка
 - 3) расстройства взаимодействия по оси головной мозг-органы желудочно-кишечного тракта
 - 4) верно всё вышеперечисленное
 - 5) верно 1) и 3)

19. ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО (НЕСВЯЗАННОГО, СВОБОДНОГО) БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ
- 1) гемолитической анемии
 - 2) функциональной гипербилирубинемии Жильбера
 - 3) синдрома Криглера - Найяра (Наджара)
 - 4) хронического активного гепатита
 - 5) талассемии
20. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, КРОМЕ
- 1) некроза гепатоцитов любой этиологии
 - 2) заболевания почек
 - 3) травмы скелетных мышц
 - 4) инфаркта миокарда
 - 5) длительные физические нагрузки высокой интенсивности
21. АКТИВНОСТЬ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ
- 1) хронического активного гепатита
 - 2) активного цирроза печени
 - 3) инфаркта миокарда
 - 4) жирового гепатоза
 - 5) хронического холестатического гепатита
22. УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) при внутрипеченочном холестазах
 - 2) при вирусном гепатите
 - 3) при первичном раке печени
 - 4) при гемолитической анемии
 - 5) верно а) и в)
23. ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ
1. увеличения в сыворотке крови неконьюгированного (свободного) билирубина
 2. билирубинемии
 3. увеличения в крови активности щелочной фосфатазы
 4. гиперхолестеринемии
 5. появления желчных кислот в моче
24. В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ
- 1) повышения активности щелочной фосфатазы крови
 - 2) повышения прямого (связанного) билирубина крови
 - 3) повышения холестерина
 - 4) повышения активности γ -глутамилтранспептидазы
 - 5) повышения непрямого (свободного) билирубина крови
25. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ
- 1) для хронического гепатита вирусной этиологии
 - 2) для гемохроматоза
 - 3) для цирроза печени
 - 4) для гиперфункции надпочечников
 - 5) для болезни Вильсона - Коновалова
26. ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИВОДИТ
- 1) к жировой дистрофии
 - 2) к хроническому персистирующему и активному гепатиту
 - 3) к циррозу печени
 - 4) ко всему перечисленному

- 5) верно 2) и 3)
27. РАННИМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) HBsAg, anti-HBe антитела суммарные
 - 2) HBeAg, anti-HBc антитела класса IgM
 - 3) Anti-HBs антитела класса IgM и anti-HBc антитела класса IgM
 - 4) HBsAg, anti-HBc антитела суммарные
 - 5) Anti-HBs антитела класса IgG и anti-HBc антитела класса IgG
28. СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ВНУТРИАБДОМИНАЛЬНОГО ОЧАГА ИНФИЦИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ
- 1) нейтрофилов более 250×10^3 клеток в литре
 - 2) нейтрофилов более 250×10^6 клеток в литре
 - 3) нейтрофилов более 250×10^3 клеток в миллилитре
 - 4) лимфоцитов более 250×10^6 клеток в литре
 - 5) лимфоцитов более 250×10^3 клеток в литре
29. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ
- 1) гастрина
 - 2) панкреатического сока
 - 3) холецистокинина
 - 4) секретина
 - 5) всех перечисленных факторов
30. УРОБИЛИНОГЕН ОБРАЗУЕТСЯ
- 1) в кишечнике
 - 2) в почках
 - 3) в печени
 - 4) в костном мозге
 - 5) верно а) и б)
31. ОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС
- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-г-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
32. В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ВОЗМОЖНА ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ
- 1) РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ
 - 2) ГРУППА РЕНТГЕННЕГАТИВНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,0 СМ, ЗНИМАЮЩАЯ ДО $\frac{1}{2}$ ОБЪЁМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
 - 3) РЕНТГЕНПОЗИТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ
 - 4) РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 2,5 СМ
 - 5) РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЙ КОНКРЕМЕНТ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ И СОХРАНЁННАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
33. ОТСУТСТВИЕ ПОРЦИИ В ЖЕЛЧИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:
- 1) дисфункции желчного пузыря по гипотоническому типу
 - 2) дисфункции желчного пузыря по гипертоническому типу
 - 3) возникновении "отключенного" желчного пузыря в результате внедрения камня в область пузырного протока
 - 4) наличии конкремента в области фатерова соска

- 5) спазме сфинктера Одди
34. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести
- 1) дуоденальное зондирование
 - 2) внутривенную холецистографию
 - 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
 - 4) ультразвуковое исследование
 - 5) верно 2) и 4)
35. Укажите нормальные значения фракции сокращения желчного пузыря при УЗ-холецистографии
- 1) 30-50%
 - 2) 50%
 - 3) 75-90%
 - 4) 50-80%
 - 5) 30-75%
36. Выберите показания для направления пациента ЖКБ на консультацию к хирургу
- 1) впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в дне желчного пузыря 1,0 см в диаметре
 - 2) впервые обнаруженные при УЗИ группа конкрементов в желчном пузыре, занимающая до 1/3 его объема, при отсутствии симптомов
 - 3) рецидивирующие приступы желчной колики и обнаруженные при УЗИ конкременты в желчном пузыре
 - 4) впервые обнаруженный при УЗИ асимптоматический конкремент в шейке желчного пузыря
 - 5) верно всё вышеперечисленное
37. α -амилазу секретируют
- 1) околоушные слюнные железы
 - 2) поджелудочная железа
 - 3) кишечник
 - 4) верно 1) и 2)
 - 5) все перечисленное
38. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом "уклонения ферментов" принципы медикаментозной терапии включают назначение
- 1) ингибиторов протонной помпы или H₂-блокаторов
 - 2) ферментных препаратов
 - 3) ингибиторов протеаз/антиферментных препаратов
 - 4) алмагеля в больших количествах
 - 5) верно 1) и 3)
39. Достоверным признаком внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы является
- 1) повышением уровня α -амилазы в крови
 - 2) снижением уровня α -амилазы в крови
 - 3) снижением панкреатической эластатзы кала
 - 4) повышением уровня глюкозы в крови
 - 5) повышением уровня амилазы (диастазы) в моче
40. В терапии хронического панкреатита ингибиторы протонной помпы используют с целью
- 1) создания функционального покоя поджелудочной железы
 - 2) купирования болевого синдрома
 - 3) коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
 - 4) профилактики и лечения реактивных эрозивно-язвенных поражений гастро-дуоденальной зоны
 - 5) верно всё перечисленное
41. Диагноз «хронический панкреатит» может быть установлен через

- 1) 3 месяца после начала заболевания
 - 2) 6 месяцев после начала заболевания
 - 3) 9 месяцев после начала заболевания
 - 4) 12 месяцев после начала заболевания
 - 5) длительность течения заболевания при постановке диагноза не рассматривается
42. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
- 1) алкоголь
 - 2) курение
 - 3) диетические погрешности
 - 4) наследственные факторы
 - 5) иммунологические факторы
43. РОЛЬ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ДОКАЗАНА
- 1) алкоголь
 - 2) курение
 - 3) диетические погрешности
 - 4) наследственные факторы
 - 5) иммунологические факторы
44. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЗИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОГО МЕТОДА СКРИНИНГА, НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СКОЛЬКО-НИБУДЬ НАДЕЖНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
- 1) псевдокисты
 - 2) кальцификация и вирсунголитиаз
 - 3) диффузные изменения поджелудочной железы, ее характеристика её контура и изменение размеров
 - 4) выраженная дилатация главного панкреатического протока в сочетании с уплотнением его стенок
 - 5) показатели осложнений хронического панкреатита (псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен)
45. УКАЖИТЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ПАНКРЕАТИНА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
- 1) 10000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
 - 2) 10000-25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
 - 3) 25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи
 - 4) 25000 ед. по липазе на каждый основной приём пищи и по 10000 ед. на промежуточные
 - 5) 25000-40000 ед. по липазе на основные приёмы пищи и по 10000-25000 ед. на промежуточные
46. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЧАЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕПАРАТАМИ ПАНКРЕАТИНА В НАЧАЛЬНЫХ ДОЗАХ СЛЕДУЕТ
1. увеличить дозу панкреатина на основные приёмы пищи на 10000 ед. по липазе
 2. увеличить дозу панкреатина на основные приёмы пищи на 25000 ед. по липазе
 3. довести дозу панкреатина до 50000-80000 ед. по липазе на основные приёмы пищи и до 20000-50000 ед на промежуточные
 4. добавить ингибиторы протонной помпы в стандартных дозах
 5. верно 3) и 4)
47. КОМПЛЕКС КИШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОЕ ПЕРЕВАРИВАНИЕ И ВСАСЫВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ:
1. дистрофия
 2. мальабсорбция
 3. малассимиляция
 4. мальдигестия
 5. диспепсия
48. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. злокачественной опухоли в тонком кишечнике
 2. злокачественной опухоли в толстом кишечнике
 3. воспалительном заболевании кишечника
 4. синдроме раздражённой кишки
 5. синдроме избыточного бактериального роста в кишечнике
49. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ
1. болей в околопупочной области, не связанных с приёмом пищи и дефекацией
 2. наличия более 10^5 микроорганизмов в 1 мл аспирата из тощей кишки
 3. диарейного стула более, чем при 25 % дефекаций и плотного кала менее, чем при 25 % дефекаций
 4. появлении в тонкой кишке флоры, характерной для толстого кишечника
 5. верно 2) и 4)
50. Для неспецифического язвенного колита характерно:
1. воспаление в пределах толстого кишечника при обязательном вовлечении в процесс терминальных его отделов
 2. сегментарный характер поражения кишечника с локализацией в любом его отделе
 3. наиболее частое вовлечение в воспалительный процесс илеоцекальной зоны
 4. наличие афтозного сопутствующего стоматита
 5. верно 2) и 3)
51. Для болезни Крона характерно:
1. воспаление в пределах толстого кишечника при обязательном вовлечении в процесс терминальных его отделов
 2. сегментарный характер поражения кишечника с локализацией в любом его отделе
 3. наиболее частое вовлечение в воспалительный процесс илеоцекальной зоны
 4. наличие афтозного сопутствующего стоматита
 5. верно 2) и 3)
52. Характерным для неспецифического язвенного колита морфологическим проявлением является
1. наличие эрозий и плоских изъязвлений в пределах слизистой и подслизистого слоя
 2. наличие крипт-абсцессов
 3. наличие щелевидных глубоких язв
 4. псевдополипоз слизистой оболочки кишки
 5. верно 1), 2), 4)
53. Характерным для болезни Крона морфологическим проявлением является
1. наличие эрозий и плоских изъязвлений в пределах слизистой и подслизистого слоя
 2. наличие крипт-абсцессов
 3. наличие щелевидных глубоких язв
 4. псевдополипоз слизистой оболочки кишки
 5. верно 2) и 3)
54. Укажите ведущие патогенетические механизмы в развитии синдрома раздражённого кишечника
1. висцеральная гиперчувствительность и нарушения моторики толстого кишечника
 2. неспецифическое воспаление в стенке кишки
 3. специфическое воспаление в стенке кишки
 4. изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры
 5. верно 1), 2), 4)
55. FOB-тест кала может быть положительным
1. при микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника
 2. при микрокровотечениях из опухолей тонкого кишечника
 3. при микрокровотечениях из опухолей толстого кишечника
 4. при употреблении мяса в пищу

5. при всем перечисленном
56. При ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ НЕЛЬЗЯ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ
1. ячмень
 2. рис
 3. кукурузу
 4. гречу
 5. верно 1) и 2)
57. КАКОЕ ВЫСКАЗЫВАНИЕ СПРАВЕДЛИВО В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)
1. СРК увеличивает риск развития воспалительных заболеваний кишечника
 2. СРК значительно влияет на качество жизни больных
 3. СРК увеличивает риск развития коло-ректального рака
 4. СРК увеличивает смертность
 5. верно 1) и 2)
58. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЁННЫХ МЕХАНИЗМОВ НЕ УЧАСТВУЕТ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА
1. висцеральная гиперчувствительность
 2. нарушения моторики толстого кишечника
 3. неспецифическое воспаление в стенке кишки
 4. специфическое воспаление в стенке кишки
 5. изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры
59. УКАЖИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА
1. ванкомицин
 2. меропинем
 3. метронидазол внутривенно
 4. верно всё вышеперечисленное
 5. верно 1) и 3)
60. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
1. КЛИЗМЫ С ЛАКТУЛОЗОЙ
 2. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ОРНИТИН-АСПАРТАТА
 3. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ БЕЛКОВОГО РАЦИОНА
 4. ДЕКОНТАМИНАЦИЮ КИШЕЧНИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
 5. ВЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

Ситуационные задачи

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 1

Жалобы: Пациент 27 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, несколько ослабевающие после еды и в первой половине ночи.

Анамнез заболевания: Указаний на патологию органов ЖКТ в анамнезе нет. Боли в эпигастрии появились восемь дней назад, без видимых внешних причин. Приём но-шпы улучшения состояния не принёс. В связи с этим обратился к участковому врачу. выполнена ФЭГДС – выявлена язва на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 см в диаметре, 0,4 см глубиной. При УЗИ – деформированный желчный пузырь. Обратился в ОБУЗ ГКБ 4. Госпитализирован в ТО для лечения и дообследования.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные, пневмония в детстве, наблюдался по поводу врождённого порока сердца (дефекта межпредсердной перегородки), в детстве перенёс атаку острой ревматической лихорадки. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных средств не отмечал.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. Телосложение правильное. Конституционально астенический тип. Дермографизм смешанный. Кожа, видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы, суставы без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64. Пульс 64 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 110/60 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное. Язык обложен серым налётом, влажный. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий. При поверхностной пальпации во всех отделах безболезненный, при глубокой пальпации – болезненность в эпигастрии. Печень 9×8×7 см не из-под края рёберной дуги. Селезёнка 6×5 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул мягкий, оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 2

Жалобы: Пациентка 37 лет предъявляет жалобы на приступы интенсивных болей в эпигастрии в ночное время, купирующиеся самопроизвольно в течении 30-60 мин. Данные приступы возникают после диетических погрешностей или нервно-психических перегрузок до 4-5 раз в неделю. Кроме того, отмечает ощущение «вздутия», дискомфорта в эпигастрии после еды.

Анамнез заболевания: Примерно 10 лет назад пролечена по поводу обострения хронического НР-ассоциированного гастродуоденита с эрозивным бульбитом. После этого рецидивов эрозивных изменений слизистой оболочки желудка, 12-перстной кишки не было, НР-статус «отрицательный». Последний ФЭГДС-контроль и уреазная проба 4 месяца назад. Вышеописанные приступы болей стали беспокоить больную в течении примерно года. В последние месяцы участились до 4-5 раз в неделю.

Анамнез жизни: отмечает простудные заболевания. Травм, операций не было. Алкогольными напитками не злоупотребляет. Не курит. Непереносимости лекарственных средств не отмечала.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 20,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненность в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяется усиление

болезненности в этих зонах. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отеков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 3

Жалобы: женщина 53 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастрии и обоих подреберьях, иррадиирующие в спину, возникающие после еды, при минимальных диетических погрешностях, неустойчивый стул до 3 раз в сутки, со склонностью к послаблению.

Анамнез заболевания: Боли в верхних отделах живота, плохая переносимость жирной, острой пищи беспокоят примерно пять лет. Тогда-же была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. После этого переносимость жирной, острой пищи постепенно снижалась, появилась склонность к послаблению стула, участились болевые эпизоды. Три года назад при обследовании выявлялся *H. pylori* – ассоциированный гастрит. Была пролечена: рабепразол + амоксициллин + кларитромицин + висмута трикалия дицитрат.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм не было. Холецистэктомия по поводу ЖКБ пять лет назад. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Непереносимости лекарственных средств не отмечала.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. ИМТ 28 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 уд/мин. Пульс 72 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 120/80 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. ЧДД 17 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, болезненный при поверхностной пальпации в эпигастрии. При глубокой пальпации выраженная болезненность в эпигастрии и зонах проекции поджелудочной железы. Печень 9×8×7 см, не выступает из-под края рёберной дуги. «Симптомов раздражения брюшины» нет. Селезёнка не пальпируется. Стул 2-3 раза в сутки, от оформленного до неоформленного. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 4

Жалобы: мужчина 42 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной после работы в наклон и по ночам, изжогу после еды и в положении «лёжа», отрыжку воздухом и чувство «тяжести» в эпигастрии после еды.

Анамнез заболевания: Эпизоды болей за грудиной по ночам и после работы в наклон появились примерно месяц назад. В юности лечился по поводу гастрита. Изжоги беспокоят много лет. В последние 3 месяца стали систематическими, присоединились чувство «тяжести» в эпигастрии после еды и беспокоящая больного отрыжка.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний – редкие простудные. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечал. Отец больного умер в 45-летнем возрасте от инфаркта миокарда.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Питание достаточное. ИМТ 25,7 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 64 уд/мин. Пульс 64 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 120/80 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Печень 9×8×7 см, не выступает из-под края рёберной дуги. «Симптомов раздражения брюшины» нет. Селезёнка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 5

Жалобы: мужчина 45 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, отсутствие аппетита, слабость.

Анамнез заболевания: Указаний на патологию печени и контакт с производственными гепатотропными ядами в анамнезе нет. Ранее длительное время злоупотреблял алкоголем. Настоящее ухудшение после 1 месяца систематического злоупотребления водкой в значительных (более 1 бутылки за день) количествах. Примерно 2 недели назад появились тянущие боли в правом подреберье, затем пожелтение кожных покровов и склер, тёмная моча и светлый кал. Консультирован инфекционистом: данных за вирусный гепатит не выявлено.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные, периодические повышения АД. Травмы – переломы рёбер, ЗЧМТ – сотрясение головного мозга. Операций не было. Аллергические реакции на лекарственные препараты не отмечал.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирован. ИМТ 24,2 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы иктеричные, телеангиоэктазии на коже груди, плеч, «печёночные» ладони. Видимые слизистые малиново-розовые, обычной влажности. Зев чист. Склеры иктеричные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без грубых изменений. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 140/80 мм. рт. ст. ЧДД 17 в минуту. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное. Язык влажный, умеренно обложен серо-жёлтым налётом. Живот несколько увеличен в объёме за счёт небольшого количества свободной жидкости, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах. Печень 15×12×10 см на 5 см выступает из-под края рёберной дуги, уплотнена, с ровной поверхностью, заострённым краем, умеренно болезненная при пальпации. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 12×6 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул оформленный, 1 раз в день. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Пастозность стоп.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 6

Жалобы: женщина 27 лет предъявляет жалобы на боли и дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье в утренние часы, стихающие после еды, ощущение «вздутия» и «бурления» в верхних и средних отделах живота. Кроме того, беспокоят «горечь» сухость во рту.

Анамнез заболевания: С детства страдает хроническим гастритом, дискинезией желчного пузыря. Настоящее обострение в течении трёх недель, началось на фоне нервно-психических перегрузок.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний – редкие простудные, внебольничная пневмония. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечала.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирована. Питание достаточное. ИМТ 18,6 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты хорошо. Костно-суставная система без грубых изменений. Молочные железы осмотрены – без патологии. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 84 в мин. Пульс 84 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 115/70 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий. При поверхностной пальпации определяется болезненность в эпигастрии. При глубокой пальпации определяется усиление болезненности в эпигастрии, болезненность в пилородуоденальной зоне. Отделы толстого кишечника при пальпации без особенностей. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×5 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул неоформленный, 1-2 раза в сутки, утром. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 7

Жалобы: Пациентка 61 года предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях, не связанные с приемом пищи, горечь во рту натошак, выраженную слабость, желтуху, увеличение живота в объёме, отёки ног, кровоточивость дёсен при микротравматизации (чистка зубов), рецидивирующие геморроидальные кровотечения.

Анамнез заболевания: Цирроз печени токсической этиологии выявлен в 2007 году при обследовании по поводу желтухи и асцита. Исследование крови на маркеры вирусов гепатитов дало отрицательный результат. После этого неоднократно обследовалась и лечилась в гастроэнтерологическом отделении. Постоянной лекарственной терапии не проводила. Режим абстиненции соблюдала. Настоящее ухудшение в течении месяца. Обострению предшествовал двухмесячный период нарушений режима абстиненции. Месяц назад появился болевой синдром, стали нарастать симптомы астении, увеличение живота, отеки. С середины февраля появились рецидивирующие геморроидальные кровотечения. Б/х анализ крови: гипоальбуминемия (28 г/л),

гипербилирубинемия (общ. 119,5 мкмоль/л, пр. 82,6 мкмоль/л), повышение трансаминаз (АЛТ 50,7 Ед/л, АСТ 104,9 Ед/л).

Анамнез жизни: редкие простудные заболевания, гипертоническая болезнь около 10 лет (карведилол 12,5 мг ½ табл. 2 раза в день), миома матки, ЖКБ – единичный конкремент в полости желчного пузыря с 2007 г. Не курит. Непереносимости лекарственных средств не отмечала.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирована. Обманных восприятий нет. Питание повышенное, ИМТ 37,55 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы жёлтые, множественные телеангиэктазии на коже груди, на плечах, спине. Видимые слизистые без патологических элементов, малиново-розовые, обычной влажности. Зев чист. Склеры желтушные. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена, без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца: левая по левой среднеключичной линии в V межреберье, правая и верхняя в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, с ЧСС 88 в мин. Пульс 88 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 125/85 мм.рт.ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный с притуплением в нижних отделах справа. Дыхание везикулярное, справа в зоне притупления – несколько ослаблено. Язык влажный, малиновый, умеренно обложен серо-жёлтым налётом. Живот увеличен в объёме за счёт жировой клетчатки, симметричный, участвует в дыхании. По боковым поверхностям живота определяются несколько расширенные подкожные вены. Живот мягкий, болезненный при поверхностной пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях. При глубокой пальпации – болезненность в указанных зонах. Печень 15×9×8 см, правая доля на 6 см выступает из-под края рёберной дуги, плотная, с ровной поверхностью, безболезненная при пальпации. Край печени закругленный, плотно-эластической консистенции, ровный. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 15×8 см, нижний полюс на 2-3 см выступает из-под края рёберной дуги. Перкуторно определяется незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости. Стул полуоформленный, 1 раз в сутки. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, передней брюшной стенки.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 8

Жалобы: Больная 41 г. предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, иногда изжогу после приема пищи, желтуху, зуд кожи, потемнение мочи.

Анамнез заболевания: три недели назад появились тянущие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. Пациентка связывает это с приемом антибиотиков по поводу ангины. Ежедневно употребляет большие дозы слабого алкоголя (до 1,5 л пива в выходные).

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные. Травм, операций не было. Мать страдает циррозом печени (этиологию не уточняет). Не курит. Аллергические реакции на лекарственные препараты не отмечала.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное, ИМТ 20,58 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы жёлтые, на коже задней поверхности шеи сеть расширенных капилляров. Видимые слизистые без патологических элементов, малиново-розовые, обычной влажности. Зев чист. Склеры желтушные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена

равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена, без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца: левая по левой среднеключичной линии в V межреберье, правая и верхняя в пределах нормы. Тоны сердца ясные, с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 140/90 мм.рт.рт. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный. Дыхание везикулярное. Язык влажный, малиновый, умеренно обложен серо-жёлтым налётом. Живот мягкий, симметричный, участвует в дыхании, болезненный при поверхностной пальпации в эпигастрии, правом подреберье. При глубокой пальпации – безболезненный. Печень 12×9×8см, не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 10×8 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул оформленный, 1 раз за прошедшие сутки, каловые массы коричневые. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 9

Жалобы: Больная 41 год предъявляет жалобы на интенсивные боли в правом подреберье, горечь во рту, периодически «вздутие» живота, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: Указанные симптомы появились два дня назад, после диетических погрешностей. Приём спазмолитиков и жаропонижающих давал кратковременный положительный эффект.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные, с юности страдает хроническим гастритом. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных средств не отмечала. Не курит. Алкогольными напитками не злоупотребляет.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ситуационно ориентирована. Питание достаточное. Рост 165 см, вес 62 кг. Телосложение правильное. Кожа, видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски, повышенной влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное. Язык обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Ортнера, Мюсси «положительные», Курвуазье – «отрицательный». Симптомов «раздражения брюшины» нет. Селезёнка 6×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1-2 раза в день, оформленный, обычной окраски. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отр.» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 10

Жалобы: Больная 45 лет предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии и левом подреберье натощак и после еды, чувство «вздутия», «переполнения» в верхних отделах живота после еды, частую изжогу, неустойчивый стул с чередованием послаблений и запоров.

Анамнез заболевания: Примерно 11 лет назад были диагностированы язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический панкреатит. После проведённого лечения боли и явления диспепсии прошли и в последующем рецидивировали редко. Год назад была проведена эрадикация (пантопразол 40мг×2р/день, кларитромицин 500 мг×2 р/день, флемоксин 1000 мг×2 р/день, де-нол 120 мг×4р/день 14 дней). В течении последнего года больная чувствовала себя удовлетворительно. Ухудшение в течении двух месяцев, на фоне нервно-психических перегрузок. Амбулаторно принимала антациды, ферментные препараты, дюспаталин. Однако симптомы сохраняются.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные, сахарный диабет 2 типа (диагностирован восемь лет назад, после родов; сахароснижающую терапию не получает), в течении года – гипертоническая болезнь с медикаментозно достигнутой нормотонией (арифон-рет. + амлодипин 10 мг утром). Травм, операций не было. Алкогольными напитками не злоупотребляет. Не курит. Не переносит метронидазол, норфлоксацин - крапивница.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирована. Питание повышенное, ИМТ 44,15 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена, без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца: левая – по левой средне-ключичной линии в V межреберье, верхняя и правая – в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, ритм правильный. Пульс 78 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 160/100 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот увеличен в объёме за счёт жировой клетчатки, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации определяется болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, в зонах проекции поджелудочной железы. Печень 12×11×10см на 3 см выступает из-под края рёберной дуги, эластичная, с ровным закруглённым краем, безболезненная при пальпации. «Пузырные» симптомы отрицательные. Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул за прошедшие сутки 1 раз, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 11

Жалобы: мужчина 40 лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в нижних отделах живота, купирующиеся после дефекации, частый (до 15 раз за сутки) неоформленный стул с примесью слизи и, иногда (3-6 раз за сутки), крови, субфебрилитет в вечерние часы, прогрессирующее снижение массы тела, выраженную слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания: заболел примерно 4 месяца назад, с появления диареи. В это время находился в командировке и связал диарею и лихорадку с кишечной инфекцией. Однако, несколько курсов антибиотикотерапии, приём пробиотиков стойкого улучшения не принесли. Похудел за это время на 8 кг. В последний месяц стала нарастать слабость, что и заставило обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний – редкие простудные, хронический гастрит. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечал.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное. Питание понижено. Кожа сухая, шелушащаяся. В углах рта – «заеды». Кожа и видимые слизистые бледные. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. ИМТ 17,5 кг/м². Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы, суставы без особенностей. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 17 в мин. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Рс – 84 уд./мин. удовлетворительных характеристик. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен серым налётом. Живот симметричный, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации. При пальпации отделов толстого кишечника – болезненность и урчание, при пальпации сигмовидной кишки – позыв на дефекацию. Нижняя граница большой кривизны желудка на 3 см выше пупка. Пальпация в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне слабо-болезненная. Печень 9×8×7 см, не выступает из-под края рёберной. «Пузырные» симптомы отрицательные. Глубокая пальпация в левом подреберье безболезненная. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Болезненности при поколачивании в поясничной области нет. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация для промежуточной аттестации № 12

Жалобы: Пациентка 25 лет предъявляет жалобы на приступы схваткообразных болей в нижних отделах живота, сопровождающиеся послаблением стула и купирующиеся после 2-3, следующих друг за другом, дефекаций. Подобные приступы возникают 1-3 раза в неделю на фоне нервно-психических перегрузок или диетических погрешностей (употребление жареного, острого, слабого алкоголя, орехов).

Анамнез заболевания: Подобные приступы отмечает со старшего школьного возраста. Возникали они редко, в период экзаменов. После окончания учёбы в колледже длительное время не беспокоили. Обострение заболевания последние 4 месяца. Связывает с проблемами в личной жизни. Приём лоперамида, курсовой приём энтерофурила и рифаксимина успеха не принёс.

Анамнез жизни: В юности болела хроническим гастритом. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных средств не отмечала.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 18,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без грубых изменений. Молочные железы осмотрены – без особенностей. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяется незначительная болезненность в эпигастрии. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной

дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Какие проявления не характерны для острого гломерулонефрита
 - 1) - Стойкие боли в пояснице и лихорадка с ознобами
 - 2) - Отеки и макрогематурия
 - 3) - Повышения АД, отеки, олигурия
 - 4) - Цикличность течения
 - 5) - Наличие лекарственной аллергии
2. У 35-летнего больного на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз
 - 1) - Острый гломерулонефрит
 - 2) - Острый пиелонефрит
 - 3) - ХГН, обострение
 - 4) - Апостематозный нефрит
 - 5) - Амилоидоз почек
3. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при
 - 1) - Узелковом полиартериите с поражением почек
 - 2) - Активном волчаночном нефрите
 - 3) - ХГН нефротического типа
 - 4) - Быстро прогрессирующем нефрите
 - 5) - При всех перечисленных заболеваниях
4. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно
 - 1) - Минимальные изменения
 - 2) - Мезангиопролиферативный
 - 3) - Фибропластический
 - 4) - Мезангиомембранозный
 - 5) - Мембранозный
5. У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:
 - 1). Болезнь Берже
 - 2). Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
 - 3). Гломерулонефрит алкогольной этиологии
 - 4). Волчаночный нефрит
 - 5). Пиелонефрит

6. Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?

- 1). Селективная протеинурия
- 2). Преимущественное развитие у детей
- 3). Артериальная гипертония
- 4). Внезапное начало
- 5). Хороший прогноз

7. Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:

- A. Мембранозный нефрит
- B. Мезангиокапиллярный нефрит
- B. Формирование полулуний
- Г. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)
- Д. Ни одна из перечисленных морфологических форм

8. Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного ГН?

- 1). В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет
- 2). Преобладают мужчины
- 3). Заболевание начинается исподволь, незаметно
- 4). Уровень комплемента нормален
- 5). Часто встречается макрогематурия

9. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового ГН, неверно?

- 1). Гипертония необычна для дебюта болезни
- 2). Энцефалопатия наиболее часта у детей
- 3). Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков
- 4). В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения
- 5). Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

10. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (Ig A-нефрит), неверно?

- 1). У большинства больных отмечается НС
- 2). Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
- 3). Чаще болеют мальчики и мужчины
- 4). Существует тесная связь с респираторной инфекцией
- 5). Патогномоничны депозиты Ig A в мезангии клубочков

11. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

- 1). Нефрит с минимальными изменениями
- 2). Активный волчаночный нефрит
- 3). Истинная склеродермическая почка
- 4). Поражение почек при гранулематозе Вегенера
- 5). Мезангиопролиферативный нефрит

12. Эффективность терапии стероидами сомнительна при следующих состояниях, кроме:

- 1). ХГН гипертонического типа
- 2). ХГН латентного типа
- 3). Амилоидоз с поражением почек
- 4). Активный волчаночный нефрит
- 5). Терминальный нефрит

13. К побочным действиям цитостатиков относятся следующие состояния, кроме:

- 1). Лейкопения
- 2). Агранулоцитоз
- 3). Инфекционные осложнения
- 4). Олиго-азооспермия
- 5). Сахарный диабет

14. Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефрита?

- 1). Наличие стойкой артериальной гипертонии
 - 2). Величина протеинурии
 - 3). Гипертрофия левого желудочка
 - 4). Снижение относительной плотности мочи
 - 5). Макрогематурия
15. Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия?
- 1) Острый нефрит
 - 2) IgA - нефрит
 - 3) Амилоидоз почек
 - 4) Синдром Альпорта
 - 5) Туберкулез почки
16. Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита (ГН) наименее характерна микрогематурия?
- 1) Липоидный нефроз
 - 2) Мембранозный нефрит
 - 3) Мезангиопролиферативный нефрит
 - 4) Мезангиокапиллярный нефрит
 - 5) Волчаночный нефрит
17. Какие меры применяют для лечения острого интерстициального нефрита: а. Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему; б. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов; в. пероральный прием глюкокортикоидов; г. назначение цитостатиков; д. гемодиализ"
- 1) - а, в, г
 - 2) - б, в, г
 - 3) - в, г, д
 - 4) - а, в, д
18. Какие этиологические факторы острого интерстициального нефрита встречаются реже?
- 1) Лекарственные
 - 2) Вирусные
 - 3) Паразитарные
 - 3) Травматические
 - 4) Иммунные
19. Какие положения, касающиеся пиелонефрита, правильные: А. Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек; Б. Часто развивается в детском возрасте; В. Возникает на почве нарушенного пассажа мочи; Г. Часто развивается во время беременности; Д. Часто возникает при застойной сердечной недостаточности"
- 1) - а, в, г
 - 2) - б, в, г
 - 3) - в, г, д
 - 4) - а, б, в, г
20. Какие микроорганизмы являются наиболее частыми возбудителями пиелонефрита: А. Кишечная палочка; Б. Энтерококк; В. Протей; Г. Пневмоциста; Д. Микобактерии
- 1) - б, в, г
 - 2) - а, б, д
 - 3) - а, б, в
 - 4) - а, б
21. Какие препараты не следует назначать при пиелонефрите в стадии ХПН?
- 1) Аминогликозиды
 - 2) Оксациллин
 - 3) Эритромицин
 - 4) Цефалоспорины
 - 5) Карбенициллин

22. Какое из перечисленных заболеваний реже приводит к развитию пиелонефрита?

- 1) Сахарный диабет
- 2) Прием гормональных контрацептивов
- 3) Ревматоидный артрит
- 4) Беременность
- 5) Простатит

23. Укажите препараты первого ряда для лечения мочевой инфекции у беременных:

- 1) тетрациклины
- 2) полусинтетические пенициллины
- 3) левомицетин
- 4) фторхинолоны

24. Б-я 28 лет, воспитатель детского сада, 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2-х недель назад, после перенесенного гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25-30 в п/зр, эритроцитурия 8-10 в п/зр, уд. вес мочи 1016. В крови лейкоциты $13,6 \times 10^9/л$, СОЭ-30мм/час. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. Укажите, пожалуйста, наиболее вероятный диагноз

- 1) - Острый пиелонефрит
- 2) - Обострение хронического пиелонефрита
- 3) - Мочекаменная болезнь, осложненная пиелонефритом
- 4) - Хронический гломерулонефрит латентного течения в стадии обострения

25. Б-я 28 лет, воспитатель детского сада, 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2-х недель назад, после перенесенного гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25-30 в п/зр, эритроцитурия 8-10 в п/зр, уд. вес мочи 1016. В крови лейкоциты $13,6 \times 10^9/л$, СОЭ-30мм/час. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. В чем причина неэффективности терапии

- 1) - Неправильно поставленный диагноз
- 2) - Неверный выбор препарата
- 3) - Неадекватная доза препарата
- 4) - Невозможность антибактериальной терапии из-за непереносимости многих антибиотиков

26. У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868 тыс., резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз

- 1) Постинфекционный гломерулонефрит
- 2) Декомпенсированный цирроз печени
- 3) Гепаторенальный синдром
- 4) Вторичный амилоидоз с поражением почек
- 5) Миелопролиферативный синдром

27. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома

- 1) - Отеки
- 2) + Сывороточный альбумин ниже 30 г/л
- 3) - Суточная протеинурия более 3,5 г
- 4) - Гиперхолестеринемия
- 5) - Гиперкоагуляция

28. Протеинурия переполнения встречается при:

- 1) Лекарственном нефрите
- 2) Милочной болезни
- 3) Поликистозе почек
- 4) Амилоидозе с поражением почек
- 5) Мочекаменной болезни

29. Выраженная протеинурия (более 4 г/ сутки) без формирования нефротического синдрома в сочетании с гиперпротеинемией заставит Вас подумать прежде всего о:

- 1) Циррозе печени
- 2) Хроническом нефрите латентного течения
- 3) Туберкулезе почек
- 4) СКВ

30. Укажите симптом, не характерный для ОПН:

- 1) Острое начало
- 2) Олигурия
- 3) Уменьшенные размеры почек
- 4) Гиперкалиемия
- 5) Коллапс

31. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

- 1) Артериальная гипертония
- 2) Гипокалиемия
- 3) Острые бактериальные инфекции
- 4) Застойная сердечная недостаточность
- 5) Вторичный гиперпаратиреоз

32. Укажите ранний признак хронической почечной недостаточности (ХПН)

- 1) Метаболический ацидоз
- 2) Гиперкальциемия
- 3) Никтурия
- 4) Азотемия
- 5) Уменьшение размеров почек

33. Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

- 1) Острый вирусный гепатит
- 2) Острая бактериальная пневмония
- 3) Сердечно-сосудистые заболевания
- 4) Онкологические заболевания
- 5) Диализный амилоидоз

34. Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:

- 1) Метаболический ацидоз
- 2) Выраженная олигурия
- 3) Анасарка
- 4) Высокая гиперкалиемия
- 5) Тяжелая гипертония

Ситуационные задачи

Клиническая ситуация №1

Больной В., 26 лет, предъявляет жалобы на одышку с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке, сердцебиения, головную боль, головокружения, тошноту, отеки на лице, общую слабость. Из анамнеза жизни: В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, находился на диспансерном учете, строго выполнял все рекомендации. Но оставались головные боли, слабость, артериальное давление чаще было повышенным, иногда отмечались отеки под глазами по утрам,

при сдаче анализов мочи всегда находили изменения. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением, после чего отеки под глазами стали более продолжительными, усилились головные боли, появились сердцебиения и одышка. Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, бледная, видимые слизистые бледно-розовые. Одутловатость лица, отеки на ногах мягкие, подвижные. Над всей поверхностью легких легочный звук, дыхание везикулярное. Артериальное давление 180/100 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ослаблен, резистентность его снижена, площадь расширена. Тоны сердца правильного ритма, частотой 98 уд/мин., приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно. Пальпация области почек безболезненна. Мочевой пузырь не определяется.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №2

Больной К., 22 лет, предъявляет жалобы на головные боли, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,5°C, отеки век, общую слабость, малое количество мочи. Из анамнеза заболевания: три дня назад появился легкий озноб, общая слабость, головные боли, принимал отвары трав, однако слабость и головные боли усилились, стали беспокоить сердцебиения при обычной физической нагрузке, обратился в поликлинику и больного госпитализировали. Из анамнеза жизни: хронический тонзиллит более десяти лет, последнее обострение около месяца назад, лечился у ЛОР врача. Другими заболеваниями не страдал. Объективно: Состояние средней тяжести, положение активное, лицо отечное, зев гиперемирован, миндалины отечны, выбухают в просвет глотки, заднешейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения, удовлетворительного напряжения. Артериальное давление 130/80 мм рт ст., Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №3

Больная А., 23 лет, поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, боли в пояснице, головные боли, головокружение, шум в ушах, учащенное мочеиспускание, рези в конце мочеиспускания, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились рези в конце мочеиспускания, лечилась травами, отмечала хороший результат. В последующие годы при появлении резей также никуда не обращалась. Последнее обострение сопровождалось ознобами, повышением температуры до 39°C, впервые появились головные боли и головокружение. Лечение травами не оказало эффекта и больная обратилась в поликлинику. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Отечность под глазами, на пояснице, умеренно выражены. Кожные покровы достаточной влажности, бледные. Бледность слизистых оболочек. Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Артериальное давление 155/105 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца не смещены,

тоны сердца правильного ритма, частотой 100 в 1 мин. Ослаблен I тон над точкой выслушивания митрального клапана. Живот мягкий, безболезнен. Перистальтика определяется. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь не определяется.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №4

Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, отечность лица, повышение температуры тела до 37,3оС, учащенное мочеиспускание с небольшим количеством мочи.

Из анамнеза заболевания: подобные боли и периодическое повышение температуры больной отмечает пять лет. При обследовании находили мелкие камни в обеих почках, иногда они выходили самостоятельно. Ноющие боли в пояснице и рези в конце мочеиспускания больной стал отмечать год назад. Вчера вновь появились колющие, а затем жгучие боли в поясничной области, больше справа, в правой половине живота с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания, из-за болей «не мог найти места», госпитализирован в порядке скорой помощи. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на мочеиспускание, выделилось около 500 мл мочи, после чего болевые ощущения уменьшились, в дальнейшем моча стала отходить малыми порциями, часто.

Объективно:

Состояние больного средней степени тяжести. Пастозность лица, бледность кожных покровов, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен. Печень не увеличена. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №5

Больной С., 18 лет, предъявляет жалобы на сильные боли в затылочной части головы, головокружение, тошноту, сердцебиение, выраженные отеки лица, ноющие боли в пояснице, отсутствие мочи, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больным считает себя с утра: проснулся от сильных головных болей и сердцебиения, не смог полностью открыть глаза. Появились неинтенсивные боли в пояснице. Была вызвана бригада скорой помощи и больного госпитализировали.

Из анамнеза жизни: страдает хроническим тонзиллитом, последнее обострение было месяц назад. Лечился амбулаторно. Три дня назад сильно замерз.

Объективно:

Состояние крайне тяжелое, сознание ясное, из-за отеков век не может открыть глаза, выраженная отечность лица, губ. Кожные покровы бледные. Отеки подкожной клетчатки туловища, рук, ног мягкие, подвижные, теплые. Зев гиперемирован, миндалины гиперемированы, увеличены, выбухают в просвет глотки. Подчелюстные лимфоузлы до 2-х см в диаметре, подвижные,

безболезненные. Дыхание везикулярное, прослушивается повсеместно. Артериальное давление 180/115 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин, усилен II-ой тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна, почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №6

У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40⁰С, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъекция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №7

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - 4,6x10¹²/л, лейкоц. - 8,3x10⁹/л, СОЭ - 20 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №8

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков

нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эритроц. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №9

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эритроц. - $3,0 \times 10^{10}/л$, гемоглобин - 100 г/л, гематокрит - 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9/л$, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эритроц. - 5-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Клиническая ситуация №10

Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: гемоглобин - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - $483 \times 10^9/л$, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют

- 1) только миелоидные клетки
- 2) только В-лимфоциты

- 3) только Т-лимфоциты
4) В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови
2. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
- 1) эритроциты
2) лимфоциты
3) тромбоциты
4) ни один из перечисленных клеточных элементов
3. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют
- 1) гранулоциты
2) Т-лимфоциты
3) В-лимфоциты
4) тромбоциты
4. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза
- 1) резекцией желудка по Бильрот II
2) большим количеством детей (родов) с малыми промежутками времени между ними
3) нефрэктомией
4) верно 1) и 2)
5. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно
- 1) для гемолитических анемий**
2) для железодефицитных анемий
3) для множественной миеломы
4) для болезни тяжелых цепей
6. Для железодефицитной анемии характерны
- 1) тошнота, рвота
2) жжение в языке
3) афтозный стоматит
4) тяга к острой пище
7. Ярко-красный язык нередко наблюдается
- 1) при амилоидозе
2) при тромбоцитопении
3) при мегалобластной анемии
4) при болезни Гоше
8. Рецидивирующий Herpes labialis характерен
- 1) для множественной миеломы
2) для мегалобластной анемии
3) для апластической анемии
4) для лимфопролиферативных заболеваний
9. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно
- 1) для внутриклеточного гемолиза
2) для внутрисосудистого гемолиза
3) для терминальной стадии хронической почечной недостаточности
4) для геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном
10. Стертый рисунок лимфатического узла в гистологическом препарате характерен
- 1) для лимфосаркомы**
2) для лимфаденопатии при аутоиммунном гепатите
3) для инфекционного мононуклеоза
4) для инфекционного лимфаденита
11. Внутривенная урография противопоказана
- 1) при апластической анемии
2) при синдроме Гудпасчера

- 3) **ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ**
4) ПРИ ЭРИТРЕМИИ
5) ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ
12. ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ МУТАЦИИ ГЕНОВ В ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ КЛЕТКАХ, ЯВЛЯЮТСЯ
1) ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ
2) ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ
3) АЛКИЛИРУЮЩИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ
4) **ВЕРНО 2) И 3)**
13. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
1) **РЕАКЦИЯ ПРЯМОЙ АГГЛЮТИНАЦИИ НА ПЛОСКОСТИ**
2) КОНГЛЮТИНАЦИЯ С ЖЕЛАТИНОМ
3) КОНГЛЮТИНАЦИЯ С АЛЬБУМИНОМ
4) НЕПРЯМОЙ АНТИГЛОБУЛИНОВЫЙ МЕТОД
14. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРОВОДИТСЯ
1) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПО СИСТЕМЕ АВО
2) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ РЕЦИПИЕНТА И ДОНОРА И ИММУННЫХ ТЕЛ В СЫВОРОТКЕ ДОНОРА
3) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУННЫХ АНТИТЕЛ В СЫВОРОТКЕ РЕЦИПИЕНТА
4) **ВЕРНО 1) И 3)**
15. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ПРИЧИННОЕ ЗНАЧЕНИЕ
1) **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ**
2) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ
3) ПРИ ЛИМФОСАРКОМЕ
4) ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ
16. ИОНИЗИРУЮЩАЯ РАДИАЦИЯ, ВЕРОЯТНО, ИМЕЕТ ОСНОВНОЕ ПРИЧИННОЕ ЗНАЧЕНИЕ
1) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ
2) ПРИ ЛИМФОСАРКОМЕ
3) ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ
4) **ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ**
17. КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ ОСНОВАНА
1) НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2) **НА СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ КЛЕТОЧНОГО СУБСТРАТА ЗАБОЛЕВАНИЯ**
3) НА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО
4) НА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ
18. РЕШАЮЩЕЕ ОТЛИЧИЕ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ОТ ХРОНИЧЕСКОГО СОСТОИТ
1) В ТЕМПЕ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ОПУХОЛИ
2) В СЕКРЕЦИИ АНОМАЛЬНЫХ БЕЛКОВ
3) В НАЛИЧИИ МЕТАСТАЗОВ
4) **В НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ**
19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
1) БИОПСИЮ ЛИМФОУЗЛА
2) **СТЕРНАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ**
3) ПУНКЦИЮ СЕЛЕЗЕНКИ
4) ПОДСЧЕТ РЕТИКУЛОЦИТОВ
20. В ОСНОВЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЖИТ
1) ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2) ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ
3) СТЕПЕНЬ УГНЕТЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОСТКОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ
4) **СПОСОБНОСТЬ КЛЕТОК ОПУХОЛИ К ВЫЗРЕВАНИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ**
21. КАКАЯ ЦЕЛЬ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ
1) ЭРАДИКАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО КЛОНА

- 2) ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 - 3) ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОГО ГЕМОПОЭЗА И КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
 - 4) **КОНТРОЛЬ НАД ОПУХОЛЕВОЙ МАССОЙ**
22. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИНДУКЦИЮ РЕМИССИИ
 - 2) МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КОНСОЛИДАЦИЮ ДОСТИГНУТОЙ РЕМИССИИ
 - 3) НЕПРЕРЫВНУЮ ИЛИ КУРСОВУЮ ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ
 - 4) **ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ**
23. КАКАЯ ЦЕЛЬ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ
- 1) **ЭРАДИКАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО КЛОНА**
 - 2) ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 - 3) ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОГО ГЕМОПОЭЗА И КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
 - 4) КОНТРОЛЬ НАД ОПУХОЛЕВОЙ МАССОЙ
24. ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ В РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛИМФОЦИТОВ
 - 2) СДВИГ ФОРМУЛЫ КРОВИ ВЛЕВО ДО МЕТАМИЕЛОЦИТОВ
 - 3) БАЗОФИЛЬНО-ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
 - 4) **ВЕРНО 2) И 3)**
25. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
- 1) **ФЕБРИЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И ПОХУДАНИЕ**
 - 2) КОСТНЫЕ БОЛИ И ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ
 - 3) СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК И ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ
 - 4) СКЛОННОСТЬ К КРОВОТЕЧЕНИЯМ
26. РЕЖИМ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ
- 1) ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ
 - 2) ЛЕЧЕБНУЮ ФИЗКУЛЬТУРУ
 - 3) НОШЕНИЕ КОРСЕТА
 - 4) **ВЕРНО 2) И 3)**
27. РЕШАЮЩИМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ (ГЕМОГРАММА, БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
 - 2) **МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ**
 - 3) СЦИНТИГРАФИЯ
 - 4) КОМПЬЮТЕРНАЯ И МР-ТОМОГРАФИЯ
28. ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН
- 1) УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ,
 - 2) ЗАМЕДЛЕНИЕМ ТОКА КРОВИ И ПОВЫШЕНИЕМ ЕЕ ВЯЗКОСТИ
 - 3) ТРОМБОЦИТОЗОМ
 - 4) **ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ**
29. НЕЙТРОФИЛЬНО-БАЗОФИЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ
- 1) ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИМИ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ
 - 2) ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ
 - 3) **ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕКОЗОМ**
 - 4) ЭРИТРЕМИЕЙ
30. ТРЁХРОСТКОВАЯ МИЕЛОИДНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- 1) ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА
 - 2) ЭРИТРЕМИИ
 - 3) **СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО МИЕЛОЗА**
 - 4) ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

№ 1

Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - $8,3 \times 10^9$ /л, Нв - 206 г/л, тромб. - 570×10^9 /л, лейко. - $16,5 \times 10^9$ /л. Лейкоформула (%): п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ - 0 мм/час. Гематокрит - 76/24 (%). В костномозговом пунктате трехотростковая гиперплазия, высокая степень.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 2

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: эр. - $4,0 \times 10^9$ /л, Нв - 145 г/л, тромб. - 350×10^9 /л, лейко. - 77×10^9 /л, сегм. - 1%, лимф. - 97%, мон. - 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ - 20 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 3

Больной 25 лет, студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нв - 64 г/л, эр. - $2,0 \times 10^9$ /л, ц.п. - 0,9 г, ретикул. - 40, тромб. - 215×10^9 /л, лейко. - $15,0 \times 10^9$ /л, в формуле пал. - 10%, сегм. - 78%, лимф. - 10%, мон. - 2%, СОЭ - 17 мм/час.

Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. - 10 мкмоль/л, непр. - 50 мкмоль/л, сывороточное железо - 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи; белок - 0,002%, реакция на гемосидерии в моче - отрицательная.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейко. - 2000 в 1 мл, эр. - 1000 в 1 мл. Проба Кумбса +++.

Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга эритрокариоциты - 57%, соотношение лейко/эритро 1/1.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 4

У больного 25 лет в течение 2-х недель повышение температуры тела до 38⁰С, кровоточивость десен, боли в горле при глотании. При осмотре: бледность кожи и слизистых, петехиальная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей. Пальпируется селезенка на 3 см из подреберья. В зеве язвы, покрытые фибринозным налетом.

В анализе крови: эр. - $2,2 \times 10^9$ /л, Нв - 79 г/л, тромб. - $22,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $30,0 \times 10^9$ /л, бластные клетки - 62%, сегм. - 24%, лимф. - 12%, мон. - 2%, СОЭ - 51 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 5

Больной Б., 53 лет. В течение 2 месяцев беспокоит боли в поясничной области. Проходил лечение у терапевта и невропатолога с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, без эффекта. 5 дней беспокоит лихорадка до 38,5⁰С, потливость, усилились боли - госпитализирован. При осмотре: пальпируются увеличенные надключичные и шейные лимфоузлы слева. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 6

Больная Ж. 45 лет. Жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, повышенную утомляемость, шум в голове, выпадение волос, желание есть мел.

В анамнезе неоднократно маточные кровотечения, миома матки. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев и постепенно нарастают.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся. Отмечается исчерченность и ломкость ногтей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Пульс 96 ударов в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Левая граница сердца в 5 межреберья по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум во всех точках. Шум волчка на яремных венах. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9*8*7 см., селезенка не пальпируется, размеры 4*6 см.

Анализ крови:

Эр- $2,9 \times 10^{12}$ /л., Нв-72 г/л., ретикулоциты – 0,4 %, ЦП-0,75 MCV – 72 фл, MCH – 22 пг, MCHC – 28 г/дл СОЭ-12 мм/ч, железо сыворотки – 8 ммоль/л., ОЖСС – 95 мкмоль/л

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 7

Больной Б. 50 лет. Поступила с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки. Чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки.

В анамнезе 5 лет назад проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни ДПК.

Объективно: Походка шаткая. Кожные покровы бледные, на передней брюшной стенке послеоперационный рубец, язык ярко-красный с трещинами. Болезненность при поколачивании по костям. Дыхание везикулярное. Пульс 104 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см.

Селезенка 4-6 см.

Анализ крови:

Эр-2,3 *10¹²/л., Нб-82 г/л., ЦП-1,08 тромбоциты — 100*10⁹/л., ретикулоциты – 0,5%, MCV- 98 фл, MCH – 38 пг, MCHC – 40 г/дл

Лейк.- 2,5*10⁹/л., СОЭ-12 мм/ч,

Кольца Кебота и тельца Жолли.

Миелограмма: костномозговой пунктат ярко красный, много мегалобластов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 8

Больная Г. 33 лет поступила с жалобами на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, желтое окрашивание кожи, тяжесть в левом подреберье.

В анамнезе несколько эпизодов появления желтухи, слабости после стрессов, ОРЗ. Похожие симптомы отмечает у родственников. 2 дня назад после сильного переутомления усилилась слабость, появился озноб, температура 37,8, боли в левом подреберье, кал и моча потемнели.

Объективно: Кожные покровы и слизистые желтые. Дыхание везикулярное. Пульс 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Селезенка 12-16 см.

Анализ крови:

Эр-2,8 *10¹²/л., Нб-79 г/л., ЦП-0,85 тромбоциты — 230*10⁹/л., ретикулоциты – 12%, MCV- 95 фл, MCH – 32 пг, MCHC – 36 г/дл, лейкоц.- 7,5*10⁹/л., СОЭ-15 мм/ч, микроцитоз.

Билирубин 77 ммоль/л, прямой билирубин 10,6 ммоль/л, АСТ 0,11 мкмоль/л, АЛТ 0,12 мкмоль/л, железо сыворотки 22 ммоль/л

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 9

Больной О. 42 лет доставлен в стационар с жалобами на резкую слабость, сердцебиение, головокружение, боли в эпигастрии, рвоту в виде кофейной гущи, стул черного цвета.

Из анамнеза: 7 дней назад после стресса появились и стали нарастать боли в эпигастрии. Сегодня внезапно состояние ухудшилось, появилась рвота кофейной гущи, стул черного цвета.

Объективно: Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Пульс 102 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, нежный систолический шум на верхушке.

Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной области с мышечным напряжением в данной зоне. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

Анализ крови:

Эр-2,8,0 *10¹²/л., Нв-82 г/л., ЦП-0,89 MCV – 82 фл, MCH – 30 пг, MCHC – 34 г/дл

Лейк.- 4,0*10⁹/л., п -3%, с — 44%, э -1%, лф — 44%, м — 8%, СОЭ-10 мм/ч,

Тромбоциты — 250*10⁹/л, ретикулоциты 2%,

Железо сыворотки – 10 ммоль/л

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

№ 10

Больной 19 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделию назад после переохлаждения повысилась температура до 38°C, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал бисептол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 110/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка +3 см.

ОАК: Нв 90 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты крови 3%, белая кровь без изменений. Билирубин крови 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

МОДУЛЬ: ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА А1С, ВЫБРАННЫЙ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. 6,5%

Б. 6,0%

В. 5,5%

Г. 7,0%

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. глюкоза плазмы натощак >6,7 ммоль/л

Б. глюкоза капиллярной крови натощак >6,7 ммоль/л

В. глюкоза плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л

Г. глюкоза плазмы натощак >8,0 ммоль/л

3. НАРУШЕННАЯ ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

А. $\geq 5,6$ ммоль/л, но $< 6,1$ ммоль/л

Б. $> 5,5$ ммоль/л

В. $> 6,5$ ммоль/л

Г. $> 7,0$ ммоль/л

4. ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ

А. при гликемии капиллярной крови натощак $> 7,0$ ммоль/л

Б. при гликемии капиллярной крови натощак $> 5,5$, но $\leq 6,7$ ммоль/л

В. при гликемии капиллярной крови натощак $> 6,1$ ммоль/л

Г. при гликемии капиллярной крови натощак $> 5,5$, но $< 6,1$ ммоль/л

5. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, КОТОРЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕННОМ ТЕСТЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ

А. натощак $> 5,5$, после проведения теста $< 11,1$ ммоль/л

Б. натощак $< 6,1$, после проведения $\geq 7,8$, $< 11,1$ ммоль/л

В. натощак $> 5,5$, после проведения теста - $7,5$ ммоль/л

Г. натощак $> 5,0$, после проведения теста - $7,5$ ммоль/л

6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

А. инфекции

Б. синдроме Клайнфельтера

В. аутоиммунном тиреоидите

Г. артериальной гипотонии

7. НАРУШЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л)

А. 3,3-5,5

Б. $< 5,5$ и $> 6,2$

В. $> 6,0$ и $< 7,0$

Г. $> 5,6$ и $< 6,1$

8. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А. определение глюкозы в моче

Б. определение фруктозамина

В. определение гликемии натощак

Г. исследование содержания глюкозы в ушной сере

9. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК (ММОЛЬ/Л)

А. $\geq 7,0$

Б. $\geq 6,1$

В. $\geq 5,5$

Г. $> 6,0$

10. ГЛЮКОЗУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

А. хронического гепатита

Б. почечного диабета

В. гипотиреоза

Г. аутоиммунного тиреоидита

11. УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

А. снижен при сахарном диабете 1 типа

Б. значительно снижен при сахарном диабете 2 типа

В. снижен при гестационном сахарном диабете

Г. значительно повышен при панкреатогенном сахарном диабете

12. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А. отсутствие эффекта от диетотерапии

Б. хронический пиелонефрит

В. ишемическая болезнь сердца

Г. кетоацидоз, диабетическая кетоацидотическая кома

13. АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

А. гипергликемия

Б. гипогликемия

В. появление на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения

Г. гиперхолестеринемия

14. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А. сахарный диабет 2 типа

Б. нарушенная толерантность к глюкозе

В. сахарный диабет 1 типа

Г. абдоминальное ожирение

15. РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СТАЛО ВОЗМОЖНЫМ, БЛАГОДАРЯ

А. дозированной физической нагрузке

Б. самоконтролю глюкозы во время беременности

В. идеальной компенсации сахарного диабета до наступления беременности

Г. гиполипидемической терапии

16. К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА ОТНОСЯТСЯ ЖЕНЩИНЫ, ИМЕЮЩИЕ

А. рождение предыдущего ребенка с весом менее 3 кг

Б. гестационный диабет в период предыдущей беременности

В. возраст 20-25 лет

Г. индекс массы тела 20 - 22 кг/м²

17. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НЕ ИМЕЮЩИМ ФАКТОРЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА, СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ НА

А. 24-28 неделе

Б. 14-23 неделе

В. 29-32 неделе

Г. 10-14 неделе

18. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА

А. глюкоза капиллярной крови натощак > 6,1 ммоль/л

Б. глюкоза плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л

В. глюкоза капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 гр. глюкозы $\geq 11,1$ ммоль/л

Г. глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л

19. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

А. снижение содержания свободных жирных кислот

Б. повышение уровня общего холестерина

В. повышение уровня липопротеидов низкой плотности

Г. повышение уровня триглицеридов

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ

А. утолщение базальной мембраны капилляров

Б. лимфоидная инфильтрация эндотелия

В. дегенеративные изменения соединительной ткани

Г. истончение базальной мембраны капилляров

21. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИВОДИТ К

А. снижению вязкости крови

Б. повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы

- В. избыточному образованию оксида азота в эндотелии сосудов
Г. замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ
- А. жировую инфильтрацию печени
Б. цирроз печени
В. хронический гепатит
Г. первичный рак печени
23. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ
- А. почек
Б. коронарных
В. селезенки
Г. нижних конечностей
24. ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТРАЖАЕТ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО
- А. уровень глюкозы натощак
Б. уровень гликозилированного гемоглобина
В. уровень глюкозы через 2 часа после еды
Г. суточный гликемический профиль в 6-8 точках
25. МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ – ЭТО ЭКСКРЕЦИЯ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ В КОЛИЧЕСТВЕ
- А. более 300 мг/сут
Б. менее 30 мг/сут
В. 30-300 мг/сут
Г. 20-200 мг/сут
26. СТАДИЯ ХБП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ
- А. протеинурии
Б. скорости клубочковой фильтрации
В. артериальной гипертензии
Г. длительности заболевания
27. К ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
- А. выраженная дегидратация
Б. выраженная гипергликемия
В. высокая осмолярность плазмы
Г. кетоз
28. В ОТЛИЧИЕ ОТ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
- А. неврологическая симптоматика
Б. запах ацетона изо рта
В. дыхание Куссмауля
Г. ацетонурия
29. ДОМИНИРУЮЩИМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. гипогликемия и инсулинорезистентность
Б. гипогликемия и гиперинсулинемия
В. гиперинсулинемия
Г. инсулинорезистентность
30. К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
- А. повышение физической активности
Б. курение
В. злоупотребление жирной пищей
Г. гиподинамия
31. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ

- А. внутривенным вливанием глюкозы
- Б. употреблением алкоголя
- В. приемом бета-блокаторов
- Г. введением инсулина

32. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ

- А. назначение ангиопротекторов
- Б. лазерная фотокоагуляция
- В. нормализация гликемического контроля
- Г. склеротерапия

33. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ

- А. ингибиторы АПФ
- Б. диуретики
- В. селективные бета-блокаторы
- Г. селективные альфа-блокаторы

34. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ:

- А. реополиглюкина
- Б. 5% раствора глюкозы
- В. изотонического раствора хлорида натрия
- Г. гемодеза

35. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ

- А. п/к введение 1 мл глюкагона
- Б. в/в струйное введение 40% глюкозы в количестве 20-100 мл
- В. в/в капельное введение 5% раствора глюкозы
- Г. прием легкоусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ

36. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. сердечные гликозиды
- Б. β -блокаторы
- В. диуретики
- Г. ингибиторы АПФ

37. ПРЕПАРАТАМИ, МАСКИРУЮЩИМИ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. бисопролол
- Б. периндоприл
- В. индопамид
- Г. нифедипин

38. У БОЛЬНОГО С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ БЕЗ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ

- А. 2,5 мг
- Б. 5 мг
- В. 10 мг
- Г. 20 мг

39. ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖИДКОСТИ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ

- А. коррекцию К следует проводить только при гипокалиемии
- Б. коррекцию К следует начинать при нормокалиемии
- В. восстановление дефицита жидкости должно проводиться интенсивно
- Г. коррекцию К следует проводить после коррекции гипергликемии

40. ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- А. исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой
 - Б. тест-полоски для определения глюкозы в крови
 - В. определение гликемии только натощак
 - Г. определение гликозилированного гемоглобина
41. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ
- А. определение гликемии, глюкозурии, кетонурии
 - Б. определение билирубина
 - В. определение холестерина
 - Г. анализ мочи общий
42. ДОБАВЛЕНИЕ В РАЦИОН БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПИЩЕВОЙ КЛЕТЧАТКИ СПОСОБСТВУЕТ
- А. повышению АД
 - Б. снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии
 - В. повышению холестерина
 - Г. возникновению запоров
43. ФРУКТОЗА, СОДЕРЖАЩАЯСЯ ВО ФРУКТАХ И ЯГОДАХ
- А. не обладает гипохолестеринемическим действием
 - Б. ухудшает течение сахарного диабета
 - В. обладает антикетогенным действием
 - Г. повышает АД
44. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО
- А. безболевого инфаркта миокарда
 - Б. дислипидемия
 - В. врожденные дефекты мочеполовой системы
 - Г. ожирение
45. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
- А. определить уровень глюкозы крови натощак
 - Б. ограничить употребление углеводов
 - В. определить уровень инсулина
 - Г. провести глюкозотолерантный тест
46. СТАДИЯ ХБП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ
- А. Скорости клубочковой фильтрации
 - Б. Протеинурии
 - В. Артериальной гипертензии
 - Г. Длительности заболевания
47. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ХБП, ВЫЗВАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- А. <6,5%
 - Б. <7,0%
 - В. <10,0%
 - Г. >7,2%
48. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. мерцательная аритмия
 - Б. диффузный гипергидроз
 - В. наджелудочковая тахикардия
 - Г. потеря веса
49. АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А. антитела к тиреоглобулину
 - Б. антитела к микросомальной фракции
 - В. антитела к рецепторам ТТГ

Г. антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

А. антитела к тиреопероксидазе

Б. антитела к рецепторам ТТГ

В. антитела к тиреоглобулину

Г. антитела к ретробульбарной клетчатке

51. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА

А. компьютерная томография

Б. пункционная биопсия под контролем УЗИ

В. радиоизотопная сцинтиграфия

Г. УЗИ щитовидной железы

52. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ

А. УЗИ щитовидной железы

Б. ангиография сосудов щитовидной железы

В. компьютерная томография

Г. радиоизотопная сцинтиграфия

53. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ

А. папиллярного рака

Б. токсической аденомы

В. медуллярного рака

Г. фолликулярного рака

54. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

А. неравномерная плотность

Б. гладкая эластическая консистенция

В. каменистая плотность

Г. болезненность

55. СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А. кисте щитовидной железы больших размеров

Б. аутоиммунном тиреоидите

В. многоузловом зобе

Г. диффузном зобе

56. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А. тиреокомб

Б. тиреотом

В. тиреоидин

Г. тироксин

57. В ЙОДДЕФИЦИТНОЙ МЕСТНОСТИ ЛЕЧЕБНУЮ ДОЗУ ЙОДА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

А. при узловом зобе и эутиреозе

Б. при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и субклиническом гипотиреозе

В. при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и эутиреозе

Г. при многоузловом зобе больших размеров и эутиреозе

58. ЛЕВОТИРОКСИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ

А. лечения гипотиреоза

Б. профилактики гипотиреоза

В. профилактики узлообразования в щитовидной железе

Г. иммунокоррекции

59. ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ТИРОЗОЛА СОСТАВЛЯЕТ

А. 10 мг

- Б. 20 мг
- В. 30-40 мг
- Г. 15 мг

60. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- А. глюкокортикоиды
- Б. препараты йода
- В. витамины
- Г. анаболики

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациент Д., 65 лет, инвалид 3 группы, поступил в отделение реанимации по неотложной помощи в бессознательном состоянии.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания: со слов родственников выяснено, что страдает сахарным диабетом 2 типа 15 лет, принимает манинил 3,5 мг 3 таблетки в сутки, диетические рекомендации нарушает. Длительно отмечается декомпенсация сахарного диабета с гипергликемией натощак до 15,0 ммоль/л. За 3 дня до поступления в клинику усилилась жажда, полиурия, появилась выраженная одышка, резкая мышечная слабость. Бесконтрольно принимал антигипертензивные и гипогликемические препараты. Доставлен бригадой скорой помощи в реанимационное отделение.

Анамнез жизни: частые простудные заболевания, хронический бронхит. По поводу гипертонической болезни в течение длительного времени принимал антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, диуретики) без регулярного контроля артериального давления. Дважды перенес ишемический инсульт. Травм, операций, переломов не было. Злоупотребляет алкогольными напитками, курит 1-2 пачки в день. Сахарный диабет 2 типа у матери.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое, без сознания. Отмечается сухость кожи и слизистых, значительно снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона нет. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Рост 172 см, вес 85 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 22 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 120 уд./мин, хорошего наполнения, напряжен. АД 60/40 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выраженные отеки нижних конечностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №2

Пациент Т., 20 лет, инвалид 2 группы, доставлен в клинику бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии.

Жалобы: жалоб ввиду тяжести состояния не предъявляет.

Анамнез заболевания: со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 1 года. Негативно относится к лечению инсулином. За 1 неделю до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного постепенно ухудшилось, нарастала

жажда, полиурия, слабость, появилась тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.

Анамнез жизни: со слов родственников частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Наследственность: сестры сахарный диабет 1 типа.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0°C. Сухожильные рефлексы резко ослаблены. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Глубокое шумное дыхание. В легких при аускультации ослабленное дыхание, хрипов нет.

Пульс частый, нитевидный, малого наполнения, 110 уд. в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 110 в мин. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Отеков не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №3

Пациентка П., 30 лет, инвалид 3 группы, внезапно потеряла сознание на амбулаторном приеме участкового терапевта.

Жалобы: ввиду тяжести состояния жалоб предъявить не может.

Анамнез заболевания: сахарный диабет 1 типа в течение 15 лет. Заболевание имеет тяжелое лямбильное течение, диабет часто декомпенсирован, отмечаются как кетоацидоз, так и гипогликемические состояния.

Врачом поликлиники состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД подкожно, после чего больная доставлена в эндокринологическое отделение клиники в глубокой коме.

Анамнез жизни: по данным амбулаторной карты пациентка страдает сахарным диабетом 1 типа. В течение 5 лет снижено зрение, осмотрена окулистом, диагноз: пролиферативная ретинопатия.

Вводит инсулин самостоятельно с помощью шприц-ручки.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст., пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Дыхание везикулярное, без хрипов.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков не отмечается.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №4

Пациент П., 40 лет, обратился на прием к эндокринологу.

Жалобы: жажда, сухость во рту, слабость, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом с 15 лет. Диабет выявлен в состоянии кетоацидоза. Постоянно получает инсулинотерапию. Контроль гликемии осуществлялся нерегулярно. В настоящее время получает инсулин протафан в 8 ч 12 ЕД, в 22 ч – 10 ЕД, инсулин актрапид в 8

ч – 10 ЕД, 13 ч – 8 ЕД, 18 ч – 6 ЕД. Последние 2 года отмечает снижение зрения, повышение артериального давления.

При осмотре: вес 65 кг, рост 176 см. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны органов брюшной полости при осмотре патологии не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Из обследований: анализ крови общий: эритроциты 4,0 Т/л, Нв 120 г/л, лейкоциты 5,3 Г/л, эозинофилы 1, нейтрофилы сегментоядерные 68, лимфоциты 26, моноциты 5%, СОЭ 20 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белок 0,099 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Проба Реберга: клубочковая фильтрация 65 мл/мин, реабсорбция 98%. Биохимический анализ крови: холестерин 7,2 ммоль/л, общий белок 65 г/л, креатинин 98 мкмоль/л. Глюкоза капиллярной крови натощак 8,8 ммоль/л, в 11 ч – 12, в 16 ч – 8,5, 21 ч – 7 ммоль/л. Гликированный гемоглобин HbA1c 8,5%. Глазное дно: новообразование сосудов в области диска зрительного нерва, преретинальные кровоизлияния.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №5

Пациентка Н., 48 лет, домохозяйка, обратилась к терапевту по поводу подъемов АД.

Из анамнеза: страдает более 14 лет артериальной гипертонией на фоне избыточной массы тела. У родственников сахарный диабет 2 типа.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 95 кг, индекс массы тела 36, кг/м². Щитовидная железа не увеличена, пальпаторно узлов не определяется. Клинически – эутиреоз. Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Небольшая отечность голеней. Получает лозартан 50 мг 1 раз в сутки. По ЭКГ – ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. Гликемия натощак 6,5 ммоль/л, при повторном исследовании глюкоза крови натощак 6,7 ммоль/л, через 2 часа после еды – 8,0 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №6

Женщина Н. 59 лет, обратилась по направлению терапевта к эндокринологу для коррекции терапии.

Из анамнеза: страдает ожирением около 33 лет. В течение 22 лет артериальная гипертония. В последнее время получает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки. 5 лет назад при обращении в поликлинику по поводу высокого АД выявлен повышенный уровень гликемии. При повторных исследованиях глюкозы крови подтвержден диагноз сахарного диабета. В течение 2 лет диабет компенсировался диетой, затем назначены пероральные сахароснижающие препараты. Сейчас получает манинил 3,5 мг 1 таблетку в 8 часов утра, ½ таблетки в 18 часов. В течение

последнего года отмечает сжимающие боли за грудиной при ходьбе длительностью до 5 минут, проходящие в покое.

При осмотре: вес 92 кг, рост 164 см. Отложение жира равномерное, окружность талии 104 см. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Небольшая отечность голеней. По ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Общий анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови: холестерин 6,7 ммоль/л, общий белок 72 г/л, креатинин 67 мкмоль/л. Сахар крови натощак 6,5 ммоль/л, через 2 часа после еды 8,2 ммоль/л. Глазное дно: артерии сужены, извиты, симптом Салюс 1.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №7

Пациент В., 30 лет доставлен в больницу бригадой скорой помощи.

Жалобы: состояние тяжелое, заторможен, с трудом указывает на выраженную сухость во рту, жажду, боль в области живота, резкую слабость.

Из анамнеза: состояние начало ухудшаться 2 дня назад после пребывания на юбилее у родственников. Удалось выяснить, что он в течение 7 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин, режим питания и лечения постоянно не соблюдает. Заболевание протекает лабильно, склонностью к гипогликемии и кетоацидозу.

При осмотре: состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, зрачки сужены, Кожа сухая, бледная, тургор значительно понижен. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пульс - 102 в мин, ритм слабого наполнения. АД - 100/60 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. При пальпации органов брюшной полости определяется резкая болезненность по всему животу. Края печени пальпируются на 3 см ниже реберной дуги. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Гликемия – 26,0 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв - 138 г/л, лейкоциты – 14,4 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы 74%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ — 12 мм/ч.

В одноразовой порции мочи содержание глюкозы - 444 ммоль/л (80 г/л) ацетон ++++.

Холестерин - 8,02 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л, калий плазмы крови -3,8 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №8

Пациент К., 25 лет, болен СД 1 типа 6 лет, поступил в приемное отделение в тяжелом состоянии. Из опроса родственников выяснено, что последние 3–4 дня чувствовал себя плохо, беспокоили сильная слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности. Неделию назад заболел острым респираторным вирусным инфекционным заболеванием, повысилась температура тела. Самостоятельно сократил количество принимаемых углеводов,

зная увеличение потребности в инсулине при инфекционных заболеваниях. Схема инсулинотерапии не изменилась, самоконтроля не проводил.

Объективно: сознание спутанное, положение пассивное, пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен, кожные покровы сухие, бледные, видны следы расчесов. Язык обложен налетом кофейного цвета, изо рта запах ацетона. Пульс 95 ударов в минуту, наполнения слабого, ритмичный. АД = 110/65 мм рт. ст. Частота дыхания — 21 в минуту, дыхание глубокое, шумное. Живот болезненный при пальпации, печень увеличена на 2,5 см., болезненна при пальпации. При проведении лабораторных исследований выявлена гликемия 21 ммоль/л, калий — 6,1 ммоль/л, креатинин 1,1 ммоль/л, натрий — 132 ммоль/л, рН — 7,23. В анализе мочи — глюкозурия, кетонурия и следы белка.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №9

Пациент Л., 6 лет, рабочий, поступил в клинику по направлению терапевта.

Жалобы: на повышение артериального давления (макс. до 190/110 мм рт.ст.), чувством сдавления за грудиной во время физических нагрузок.

Из анамнеза: больной является курильщиком, питание с избыточной калорийностью, грубо нарушает диету, злоупотребляет алкоголем. Наследственный анамнез больного отягощен по сахарному диабету 2 типа.

При осмотре: рост 173 см, вес 81 кг, ИМТ 27,0 кг/м², ОТ/ОБ 1,23.

Щитовидная железа не увеличена. Пульс 78 в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Небольшая отечность голеней.

Исследована гликемия натощак - 5,9 ммоль/л (венозная кровь). При проведении теста толерантности к углеводам (венозная кровь) - натощак 5,7 ммоль/л, через 2 часа - 8,8 ммоль/л. Уровень с-пептида натощак в 1,5 раза выше нормы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №10

Пациентка Т., 30 лет, поступила в отделение по неотложной помощи.

Жалобы: на выраженную слабость, сухость кожных покровов, учащенное шумное дыхание, спутанность сознания, потерю массы тела и полиурию.

Из анамнеза: считает себя больной с 27 лет, когда впервые ее стали беспокоить умеренная жажда, полиурия, слабость. Диагноз СД был установлен лишь через 1 год. На момент постановки диагноза сахарного диабета гликемия натощак 8,4 ммоль/л, уровень HbA1c 9,2%, специфических осложнений выявлено не было. ИМТ 22, АД 110/80 мм рт.ст. Семейный анамнез отягощен по сахарному диабету 2 типа. Уровень гликемии натощак при повторных исследованиях составлял 9,0–13,3 ммоль/л, постпрандиальная гликемия 10,4–13,5 ммоль/л. Для компенсации углеводного обмена назначена интенсифицированная инсулинотерапия. Уровень С-пептида в норме, а после пробного завтрака (5 ХЕ) повышался в 1,2 раза. С учетом

семейного анамнеза, пациентке был поставлен диагноз СД молодых (MODY), переведена на диетотерапию и препараты сульфаниламочевины (глимеперид). В течение последующих 2 лет состояние пациентки относительно стабильно, уровень HbA1c снизился до 6,9–7,6 %, субъективные симптомы нарушения углеводного обмена отсутствовали. Больная периодически допускала погрешности в диете.

Ухудшение состояния в последние полтора месяца, отмечены прогрессирование слабости, потеря веса (12 кг), увеличение уровня гликемии в течение суток на фоне увеличения дозы принимаемого препарата и сокращения употребления углеводов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА №11

Пациентка М., 24 лет, переведена из хирургического отделения в реанимационное отделение клиники.

Жалобы: резкая слабость, повышение температуры, сердцебиение, выраженная потливость, тошнота, рвота, подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: диффузный токсический зоб 3 степени в течение 3 лет, отмечаются неоднократные рецидивы заболевания. В плановом порядке проведена субтотальная струмэктомия. К вечеру после оперативного вмешательства состояние больной резко ухудшилось, появились боли в горле, сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, неукротимая рвота, температура тела повысилась до 39,6°C.

Анамнез жизни: частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. В течение длительного времени хронический фарингит с обострениями заболевания 2-3 раза в год. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 11 лет, роды – 1, вес ребенка при рождении 3,5 кг. Наследственность: у матери и сестры аутоиммунный тиреоидит, витилиго.

Данные осмотра: состояние тяжелое, больная возбужденная, речь невнятная. Температура тела 39,8°C. Рост - 170 см, вес – 55 кг. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. Наблюдается мелкий тремор обеих рук. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации плотная, болезненная, рубец гиперемирован. Шейные лимфатические узлы не увеличены. ЧД 28 в мин. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 160 уд./мин., высокого наполнения, напряжен. Тоны сердца ритмичные, звучные, тахикардия. АД 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот симметрично участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень при пальпации выступает на 1,5 см из - под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отеков не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10

1. Основными признаками остановки сердца являются: 1. широкие зрачки; 2. отсутствие пульса на сонной артерии; 3. отсутствие самостоятельного дыхания; 4. узкие зрачки; 5. судороги.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

2. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:

- а) на верхней трети грудины
- б) на границе верхней и средней трети грудины
- в) на границе средней и нижней трети грудины
- г) над мечевидным отростком грудины
- д) в пятом межреберном промежутке слева

3. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: 1. сужение зрачков; 2. появление пульса на сонной артерии; 3. уменьшение цианоза; 4. появление отдельных спонтанных вдохов.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

4. При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой наиболее правильная стратегия: 1. введение атропина; 2. введение норадреналина; 3. введение нитроглицерина; 4. постановка временного электрокардиостимулятора (введение зонда-электрода в правый желудочек).

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

5. К признакам шока относятся: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. гиперемия лица.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

6. При анафилактическом шоке показано:

- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов
- б) подкожное введение аминазина
- в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина
- г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма
- д) дегидратационная терапия

7. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание
- б) оглушение

- в) сопор
- г) кома
- д) смерть мозга

8. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание
- б) оглушение
- в) сопор
- г) кома
- д) смерть мозга

9. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- а) 10-20%
- б) 20-30%
- в) 30-40%
- г) 40-50%
- д) более 50%

10. Наибольшим "волемическим коэффициентом" (при переливании одного и того же объема увеличивает на большую величину объем циркулирующей крови) обладает:

- а) полиглюкин
- б) реополиглюкин
- в) гемодез
- г) желатиноль

11. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

- а) норадреналин
- б) преднизолон
- в) хлористый кальций
- г) димедрол
- д) адреналин

12. После первичной остановки сердца сознание исчезает через:

- а) 10 сек
- б) 30 сек
- в) 60 сек
- г) 3 мин
- д) 5 мин

13. При открытом пневмотораксе на грудную стенку накладывается:

- а) давящая повязка
- б) фиксирующая повязка
- в) окклюзионная повязка
- г) крестообразная повязка
- д) спиральная повязка

14. При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:

- а) давящую повязку
- б) тампонаду раны
- в) пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков
- г) максимальное сгибание головы

15. Для остановки носового кровотечения у больного с гемофилией следует : 1. ввести в носовой ход ватный тампон, смоченный раствором перекиси водорода; 2. применить

переднюю и заднюю тампонаду носа; 3. применить переднюю тампонаду носа; 4. приложить пузырь со льдом к затылку и на переносицу.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. При переломах бедра, осуществляя транспортную иммобилизацию, следует:

- а) обездвижить коленный и тазобедренный суставы
- б) обездвижить голеностопный и коленный суставы
- в) обездвижить коленный сустав
- г) обездвижить голеностопный, коленный и тазобедренный суставы
- д) ограничиться наложением импровизированной шины от тазобедренного до коленного сустава

17. Показанием к венесекции является:

- а) необходимость длительного введения лекарственных средств внутривенно;
- б) клиническая смерть
- в) необходимость переливания крови
- г) техническая невозможность венепункции
- д) наличие келлоидных рубцов на верхних конечностях

18. Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является:

- а) коллапс
- б) высокая температура тела
- в) учащенный пульс
- г) сухой кашель
- д) застойные явления в малом круге кровообращения

19. При определении группы крови оказалась положительной реакция изогемагглютинации со стандартными сыворотками 0 (I) В (III) групп. Следовательно: 1. исследуемая кровь относится к группе 0 (I); 2. исследуемая кровь относится к группе А (II); 3. исследуемая кровь относится к группе АВ (IV); 4. исследуемая кровь относится к группе В (III).

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

20. Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются: 1. отсутствие спонтанного дыхания; 2. клапанный пневмоторакс; 3. клиническая смерть; 4. тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ситуационные задачи

Задача 1

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к врачу здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

ЗАДАЧА 2

Мужчина 50 лет обратился на прием к врачу с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки “немого” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 3

После значительной физической нагрузки мужчина 35 лет стал отмечать давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, руку. Боль сопровождалась резкой слабостью, чувством нехватки воздуха, страхом смерти и продолжалась 15 мин. Во время приступа пациент обратился к врачу.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 80 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 4

Врача вызвали на дом к пациентке П. 50 лет, которая жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 4 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 37,20С. Больная мечется, беспокойна. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).

3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 5

У пациента, 18 лет, при заборе крови из вены в процедурном кабинете отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. Была кратковременная потеря сознания. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин. В горизонтальном положении у больного сознание быстро и полностью восстановилось.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 6

Вызов врача на дом. 44 летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация сердца затруднена. Пульс 120 уд./мин., аритмичен. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе порок сердца (митральный стеноз).

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 7

Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином на фельдшерско-акушерском пункте. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (“как бы обдало жаром”), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 8

Мужчина, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастриальной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Для исключения инфаркта миокарда врач сняла пациенту ЭКГ, где обнаружила изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом T (монофазная кривая).

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 9

Врач вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, расстройство сна, апатию, тревогу, чрезмерную потливость, зевоту. Из анамнеза: 24 часа назад мужчина ел жареные грибы.

Объективно: пациент равнодушен к окружающему, эйфоричен. Кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 10

К врачу обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Задача 11

Ночью врач вызван на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания помощи (ПК-10).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

01. Пожилым считается возраст:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
- В) 75-80 лет; Г) 81-89 лет;
- Д) 90 и более лет.

02. Старческим считается возраст:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
- В) 75-89 лет; Г) 90-95 лет;
- Д) 96 и более лет.

03. Определите возраст долгожителей:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
- В) 75-89 лет;
- Г) 90 и более лет; Д) 100 и более лет.

04. Показатель, прогрессивно снижающийся в пожилом и старческом возрасте:

- А) уровень глюкозы в крови;
- Б) сократительная способность миокарда;
- В) количество форменных элементов крови;
- Г) синтез гормонов гипофиза;
- Д) уровень общего холестерина крови.

05. Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом:

- А) уровень глюкозы в крови;
- Б) сократительная способность миокарда;
- В) количество форменных элементов крови;
- О синтез гормонов гипофиза;
- Д) уровень общего холестерина крови.

06. Показатель, прогрессивно снижающийся с возрастом:

- А) онкотическое давление; Б) сахар крови;
- В) функция половых желез;
- О чувствительность органов к гормонам; Д) внутриглазное давление.

07. Показатель, возрастающий с возрастом:

- А) онкотическое давление;
- Б) функция пищеварительных желез;
- В) функция половых желез;
- Г) чувствительность органов к гормонам; Д) внутриглазное давление.

08. Большинство здоровых людей способны прожить:

- А) 70 лет; Б) 80 лет;
- В) 90 лет; Г) 100 лет;
- Д) Более 100 лет.

09. Физиологически стареющими можно признать:

- А) 1-2% пожилых и старых людей; Б) 3-6% пожилых и старых людей;
- В) 7-10% пожилых и старых людей; Г) 10-15% пожилых и старых людей; Д) 15-20% пожилых и старых людей.

10. Демографическая ситуация в России характеризуется

- А) увеличением продолжительности жизни; Б) увеличением удельного веса детей;
- В) увеличением удельного веса лиц пожилого возраста; Г) снижением продолжительности жизни;
- Д) изменением социальной структуры общества.

11. НС возрастом не повышается артериальное давление:

- А) систолическое; Б) диастолическое;

- В) пульсовое;
Г) среднее динамическое; Д) боковое.
12. Частота сердечных сокращений с возрастом:

- А) снижается; Б) повышается;
В) не изменяется;

Г) возрастает с возрастанием АД; Д) снижается с возрастанием АД.

Инструкция. (№№13. —49.) Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

Л) - если правильные ответы 1,2 и 3; Б) - если правильные ответы 1 и 3; В) — если правильные ответы 2 и 4; Г) — если правильные ответы 4; Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. Геронтология — это:

1. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;
2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте;
3. наука, изучающая болезни пожилого возраста;
4. наука о старении организма;
5. наука, изучающая старческий возрастной период.

14. Гериатрия — это:

1. наука о старении организма;
2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте;
3. наука, изучающая болезни пожилого возраста;
4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;
5. наука, изучающая старческий возрастной период.

15. Старение характеризуется:

1. разрушительностью;
2. эндогенностью;
3. постепенностью;
4. адаптивностью;
5. созидательностью.

16. Геропротекция включает в себя:

1. достаточную физическую активность;
2. снижение пищевого энергопоступления;
3. сохранение постоянной массы тела;
4. увеличение массы тела;
5. снижение физической активности.

17. Гетерогенность — Это:

1. различная скорость развития возрастных изменений;
2. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
3. одновременное наступление старения всех органов и тканей;
4. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
5. равноценная выраженность процессов старения органов и тканей.

18. Гетеротропность — это:

1. различная скорость развития возрастных изменений;
2. равноценная выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа;
3. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
4. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
5. одновременное наступление старения различных органов и тканей.

19. Гетерокинетичность — это:

1. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
2. одинаковая скорость развития возрастных изменений различных органов и тканей;

3. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
4. различная скорость развития возрастных изменений;
5. одинаковая выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа.

20. Витаукт — это процесс:

1. стабилизирующий жизнедеятельность организма;
2. повышающий надежность систем организма;
3. увеличивающий продолжительность жизни;
4. уменьшающий продолжительность жизни;
5. дестабилизирующий жизнедеятельность организма.

21. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся:

1. уровень глюкозы в крови;
2. сократительная способность миокарда;
3. толщина стенки матки;
4. синтез гормонов гипофиза;
5. кислотно-основное равновесие.

22. Показатели, изменяющиеся с возрастом:

1. функция пищеварительных желез;
2. функция половых желез;
3. чувствительность органов к гормонам;
4. количество форменных элементов крови;
5. онкотическое давление.

23. На продолжительность жизни влияют:

1. стиль жизни;
2. качество жизни;
3. образ жизни;
4. чувство юмора;
5. профессия.

24. Термин «человеческий возраст» включает следующие частные понятия:

1. социальный возраст;
2. биологический возраст;
3. психический возраст;
4. возраст в праве;
5. фактический возраст.

25. Характерные черты старения:

1. однонаправленность;
2. одномерность;
3. необратимость;
4. обратимость;
5. компенсаторность.

26. Хронобиологические возрастные изменения тесно коррелируют с:

1. временем принятия решений;
2. социальным временем,
3. психологическими характеристиками;
4. астрономическим временем;
5. физическими данными.

27. Старость — это:

1. разрушительный процесс, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций органов;
2. созидательный процесс, результат жизненного опыта;
3. процесс, стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни;
4. закономерно наступающий заключительный период возрастного развития;
5. процесс, дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьшающий продолжительность жизни.

28. Старение — это процесс:

1. стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни;
2. закономерно наступающий заключительный период возрастного развития;
3. дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьшающий продолжительность жизни;
4. разрушительный, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций;
5. созидательный, результат нарастающей с возрастом гиперфункции органов и систем.

29. Преждевременному старению способствуют:

1. перенесенные заболевания;
2. неблагоприятные факторы внешней среды;
3. стрессы;
4. чувство юмора;
5. полная семья.

30. Проявления преждевременного старения - это:

1. раннее снижение памяти;
2. снижение репродуктивной способности;
3. снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы;
4. повышение трудоспособности;
5. снижение эмоционального реагирования.

31. Увеличение ночного диуреза в пожилом возрасте связано с:

1. пониженной чувствительностью сфинктера мочевого пузыря;
2. наличием аденомы или гипертрофии предстательной железы;
3. улучшением кровообращения в почках в горизонтальном положении;
4. повышенной чувствительностью сфинктера мочевого пузыря;
5. улучшением кровообращения в почках в вертикальном положении.

32. Возрастная перестройка капиллярной сети заключается в:

1. гиалиновом перерождении;
2. облитерации просвета;
3. уменьшении числа функционирующих капилляров;
4. увеличении числа функционирующих капилляров;
5. развитии некроза.

33. В пожилом и старческом возрасте наблюдаются следующие изменения в капиллярном русле:

1. прекапиллярная отечность;
2. удлинение и извитость артериальных капиллярных петель;
3. удлинение и извитость венозных капиллярных петель;
4. понижение эластичности сосудов;
5. аневризматические расширения.

34. Уменьшение диаметра артериальных браншей происходит за счет:

1. спастико-атонической формы капиллярных петель;
2. атонической формы капиллярных петель;
3. дистонической формы капиллярных петель;

4. спастической и спастико-атонической форм капиллярных петель;
5. гипотонической формы капиллярных петель.

35. Повышение ломкости капилляров в пожилом возрасте связано с:

1. увеличением расстояния между эндотелиальными клетками;
2. увеличением числа эндотелиальных клеток;
3. уменьшением числа эндотелиальных клеток;
4. уменьшением расстояния между эндотелиальными клетками и увеличением числа эндотелиальных клеток;
5. малоподвижным образом жизни.

36. Причинами снижения венозного давления являются:

1. расширение венозного русла;
2. снижение тонуса венозной стенки;
3. снижение эластичности венозной стенки;
4. прогрессирование кардиосклеротических процессов;
5. снижение присасывающего действия грудной клетки.

37. Повышение общего периферического сопротивления связано с:

1. увеличением просвета периферических артерий;
2. снижением кровоснабжения почек;
3. склерозированием мелких венул;
4. склерозированием просвета периферических артерий;
5. снижением кровоснабжения сердца.

38. С возрастом в миокарде развивается:

1. прогрессирующий склероз;
2. атрофия мышечных волокон;
3. гнездная гипертрофия мышечных волокон,
4. некротические изменения;
5. воспалительные изменения.

39. С возрастом на ЭКГ происходят следующие характерные изменения зубца R;

1. расширение;
2. уплощение;
3. деформация;
4. раздвоение;
5. увеличение.

40. Старческий кифоз развивается в связи с:

1. деформирующим спондилоартрозом;
2. сенильным остеопорозом;
3. атрофией длинных мышц спины;
4. гипертонусом длинных мышц спины;
5. гипертрофией длинных мышц спины.

41. Изменения дыхательного аппарата с возрастом включаютв себя:

1. потерю эластичности реберных хрящей;
2. уменьшение подвижности реберно-позвоночных суставов;
3. развитие кальциноза хрящей;
4. повышение мышечной силы межреберных мышц;
5. повышение тонуса мышц дыхательного аппарата.

42. Изменения грудной клетки в пожилом возрасте заключаются в:

1. увеличении передне-заднего размера;

2. расширении нижней апертуры;
 3. росте отрицательного внутриплеврального давления;
 4. уменьшении передне-заднего размера;
 5. сужении нижней апертуры.
43. Возрастные изменения стенки бронха — это:
1. инфильтрация лимфоидными элементами;
 2. инфильтрация плазматическими элементами;
 3. уменьшение просвета бронха;
 4. инфильтрация эозинофилами;
 5. увеличение просвета бронха.
44. Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате:
1. атрофии бронхиального эпителия;
 2. снижения перистальтики бронхов;
 3. снижения кашлевого рефлекса;
 4. гипертрофии бронхиального эпителия;
 5. усиления перистальтики бронхов.
45. Возрастное уменьшение жизненной емкости легких связано с:
1. ригидностью грудной клетки;-
 2. снижением силы дыхательных мышц;
 3. уменьшением эластичности легких;
 4. увеличением силы дыхательных мышц;
 5. увеличением эластичности легких.
46. Возрастные рентгенологические изменения органов грудной клетки - это:
1. повышение прозрачности легочной ткани;
 2. усиление бронхосудистого рисунка;
 3. уменьшение подвижности диафрагмы;
 4. уменьшение прозрачности легочной ткани;
 5. усиление подвижности диафрагмы.
- 02.47. При старении отмечаются следующие изменения, связанные с атрофическими процессами головного мозга:
1. нарушение памяти;
 2. эмоциональные расстройства;
 3. снижение объема обучения;
 4. улучшение памяти;
 5. увеличение объема обучения.
48. В старших возрастных группах отмечается замедление следующих сенсорных функций:
1. зрения;
 2. слуха;
 3. осязания;
 4. обоняния;
 5. тактильной чувствительности.
49. Возрастные изменения познавательной деятельности заключаются в:
1. возрастании логического запоминания;
 2. возрастании систематического усвоения;
 3. снижении механического запоминания;

4. возрастании механического запоминания;
5. снижении логического запоминания.

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1.

На приеме больной М., 75 лет с жалобами на дрожь в покое, постоянное напряжение, раздражительность. В течение длительного времени страдает атеросклерозом, ИБС. При осмотре: мелкокоразмашистый тремор рук (симптом «катания пилюль») и головы (из стороны в сторону, по типу «нет-нет»), мышечный тонус повышен.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №2.

На приеме больной Л., 68 лет. Ранее работал бухгалтером; наряду с текущей работой готовил обширные годовые отчеты для фирм. Социально успешен. В анамнезе без особенностей. Не курит, спиртное употребляет эпизодически. Последние несколько лет отмечает утомляемость, потерю веса. В течение года начались неприятности на работе, стал делать ошибки в отчетах, стал делать записи, но забывал где их оставлял. Все эти симптомы протекали на фоне прогрессирующего снижения настроения и раздражительности от ощущения своей несостоятельности. Поехал в другой город, оставил машину на центральной площади, где должен был встретиться с приятелем. Через несколько часов после встречи забыл, где оставил машину, метался в ее поисках. Обратился за мед. помощью. При осмотре растерян. Глаза широко раскрыты. Путает даты, точно не помнит, как здесь оказался. Выявляет отчетливое снижение памяти на текущие события.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №3.

БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ обратился к врачу общей практики (семейному врачу) с жалобами на общую слабость, внезапное повышение температуры тела до 38° С, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в правой половине грудной клетки. При сборе анамнеза выяснилось, что заболевание началось остро, семь дней назад. Лечится в поликлинике с диагнозом «грипп», назначено лечение антибиотиками. Подобный «грипп» повторялся трижды за предыдущие 6 месяцев. Во время последнего ухудшения состояния появились новые симптомы: кашель в ночное время, прожилки крови в мокроте, одышка.

Курит в течение 40 лет.

Полтора года назад во время диспансеризации было проведено комплексное обследование, выявлены: хронический гиперпластический гастрит; хронический панкреатит; хронический холецистит; хронический пиелонефрит; хронический бронхит.

При объективном исследовании обнаружено: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета; пульс 88 ударов в минуту, ритмичный; тоны сердца приглушены,

шумов нет. Частота дыхания 20 раз в минуту, над легкими определяется перкуторный звук с коробочным оттенком.

Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипы не выслушиваются.

Печень, селезенка не увеличены.

В анализе периферической крови:

Нв — 112 г/л, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $4,1 \times 10^9$ /л. Формула белой крови: палочкоядерные — 12%, сегментоядерные — 51%, эозинофилы — 6%, моноциты — 4%, лимфоциты — 27%. СОЭ 30 мм /ч.

При рентгенологическом исследовании легких — в корне правого легкого выявлено уплотнение 1,0 x 1,2 см, ателектаз 10-го сегмента правого легкого, расширение тени средостения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №4.

73-ЛЕТНИЙ мужчина обратился к врачу общей практики (семейному врачу) с жалобами на головокружение, обмороки, пошатывание при ходьбе. Болен в течение года, дважды наблюдались приступы мерцания предсердий, которые зарегистрированы на ЭКГ. При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное; кожные покровы бледно-розового цвета; пульс 54 удара в минуту, АД 160/75 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, акцент второго тона над аортой, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень, селезенка не увеличены. Контуры суставов не изменены, движения в суставах в полном объеме. Отеков нет. Кожные и сухожильные рефлексы не изменены. Патологические рефлексы не выявлены. Какие исследования могут быть проведены для уточнения диагноза?

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №5.

Больная Л. 60 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД—18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-78 уд/мин. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах,

плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ – 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота – 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА – 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №6.

Больной К., 64 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами после физического или психоэмоционального перенапряжения. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы фиксируются в течение последних 3-4 лет. Во время ежедневного предварительного медосмотра зарегистрировано повышение АД 170/95 мм.рт.ст., по поводу чего был направлен к участковому терапевту. Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался, лекарственные препараты не принимал.

Из истории жизни: у матери – повышение АД. Хронические заболевания отрицает. Курит: 1 пачка сигарет в день.

Объективно: Вес-98 кг, рост-175 см. Лицо гиперемировано. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона во 2-й точке аускультации. ЧСС-72 уд/мин. АД-180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №7.

Больной Н., 67 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после стресса возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую подлопаточную область, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого

приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром в грудной клетке купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал. После выписки из стационара принимал бета-блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня: на фоне значительной физической нагрузки (работа в саду) возникло сердцебиение, слабость. Бригадой СМП доставлен в стационар.

Объективно: кожа бледная, обычной влажности. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон немногочисленные влажные хрипы, ЧД-28/мин. Пульс аритмичный, 110/мин, слабый, мягкий, малой величины. АД-100/70 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см. вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, акцент II тона в 3-й точке аускультации. ЧСС-130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №8.

Пациент К. 67 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8° С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зеленого цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8° С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приемный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5° С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД-24/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-100 уд/мин. АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отеков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №9.

Больной Т. 70 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3-х месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост–178 см, вес–62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД–18/мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС–78 уда/мин. АД –110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки - 15×12 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

ЗАДАЧА №10.

Мужчина 68 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7° С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост–175 см, вес–58 кг. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД–18/мин. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС–98 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).

6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

МОДУЛЬ: ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-10

Несколько правильных ответов:

1. Талон амб. пациента является формой учёта:

- А. первичной заб-ти
- Б. общей заб-ти
- В. посещаемости
- Г. участковости
- Д. госпитализированной заб-ти

2. Функции регистратуры поликлиники

- А. запись на приём к врачу
- Б. направление пациентов на обследование
- В. распределение пациентов по специалистам
- Г. приём вызовов врача на дом

3. Отделение профилактики поликлиники состоит из

- А. смотровой женский кабинет
- Б. кабинет доврачебного приёма
- В. кабинет лечебной физкультуры
- Г. дневной стационар
- Д. кабинет санитарного просвещения

4. Дневной стационар состоит из

- А. Палаты
- Б. Процедурная
- В. Малая операционная
- Г. Комната медперсонала
- Д. Др.лечебно-вспомогательные

Один ответ

5. Показатели эффективности диспансеризации:

- А. заболеваемость и участковость
- Б. посещаемость и заболеваемость
- В. охват диспансеризацией и первичная профилактика
- Г. частота рецидивов и обострений, первичная инвалидность

6. Объект первичной профилактики

- А. реконвалесценты острых заб-й
- Б. больные хроническими заб-ми
- В. всё население

7. Основное место в работе ФАП занимает

- А. лечебная работа
- Б. противоэпидимическая
- В. профилактическая

8. Отделение скорой и неотложной мед помощи в:

А. сельской участковой больницы

Б. ЦРБ

В. областной больницы

9. Основной метод работы женской консультации

А. диспансерный

Б. участковый

В. бригадный

Г. ведомственный

10. Контроль противоэпид мер осуществляет

А. главврач

Б. зав отделением

В. центр гигиены и эпидемиологии

Г. комиссия по профилактике ВБИ

Ситуационные задачи

Задача 1

Мужчина 68 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7° С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост–175 см, вес–58 кг. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД–18/мин. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС–98 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 2

Больной К. 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчения, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД–18/мин. Тоны сердца ясные,

ритмичные. ЧСС-72 уд/мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 3

Мужчина 68 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2° С с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела -37,5°С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД–19/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС–92 уд/мин. АД–100/65 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры - 10×8 см.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 4

Больной В. 68 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжелое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отеки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс–109/мин, ритмичный. АД–90/60 мм.рт.ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки. Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 5

На приеме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 67 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД–18/мин. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 уд/мин. АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 6

Больной 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отеки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм.рт.ст, ЧСС–92 уд/мин, ЧДД–22/мин.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 7

Больной М. 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 30 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче.

Лечился у участкового терапевта около года «от нефрита», получал преднизолон. Последующие годы чувствовал себя хорошо, заметных отеков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 160/90 мм.рт.ст. и пастозность лица.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ-21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс-76 уд/ мин, высокий. АД-140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 8

Больной К., 64 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами после физического или психоэмоционального перенапряжения. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы фиксируются в течение последних 3-4 лет. Во время ежедневного предварительного медосмотра зарегистрировано повышение АД 170/95 мм.рт.ст., по поводу чего был направлен к участковому терапевту. Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался, лекарственные препараты не принимал.

Из истории жизни: у матери – повышение АД. Хронические заболевания отрицает. Курит: 1 пачка сигарет в день.

Объективно: Вес-98 кг, рост-175 см. Лицо гиперемировано. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона во 2-й точке аускультации. ЧСС-72 уд/мин. АД-180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 9

Больная Л. 60 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД–18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-78 уд/мин. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

Задача 10

Больная А., 67 лет. В течение 5 лет состоит на учёте у терапевта по поводу язвенной болезни желудка, хронического пиелонефрита. Последнее флюорографическое обследование лёгких проходила 4 года назад. Туберкулёзный контакт отрицает. В настоящее время предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры, одышку, боли слева под лопаткой и выделение крови изо рта при кашле. по месту жительства. Гликемию определяла 1 раз в 2 – 3 месяца. Последняя госпитализация в стационар – 5 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Периферические лимфоузлы пальпируются справа в подмышечной области до 0,6 см в диаметре /плотные, подвижные, безболезненные/. Перкуторный звук укорочен справа под лопаткой, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 в/мин., АД - 150/90 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики (ПК-1).
6. Назовите медицинские документы, которые должен оформить врач (ПК-10).

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины чрезвычайных ситуаций

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
Медицина чрезвычайных ситуаций

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
Медицина чрезвычайных ситуаций

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.2

I. Паспорт ОС по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1.1. Область применения

Фонд оценочных средств – является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» и предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу данной дисциплины и в процессе освоения ее.

1.2. Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям Федерального образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры).

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» решаются следующие задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Подготовка врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
4. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и общеврачебными манипуляциями по оказанию первой, доврачебной и первой врачебной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

1.3. Контролируемые компетенции

В результате изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» предусмотрено формирование следующих компетенций:

Таблица 1

Код	Наименование компетенции
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке

	государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**1.4. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Таблица 2

№ пп	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Контрольное мероприятие (аттестационное испытание), способы его проведения
1	УК-2, УК-3, ПК-3	Знает Безопасность жизнедеятельности. Ее основные задачи, место и роль в подготовке специалиста Медико-биологические аспекты дисциплины «Безопасность жизнедеятельности». Характер системы «человек-среда обитания». Взаимодействие человека со средой обитания. Критерии воздействия негативного воздействия: санитарные потери, безвозвратные потери, сокращение продолжительности жизни. Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный Источники и уровни различных видов опасностей естественного, антропогенного и техногенного характера. Классификация негативных факторов, чрезвычайных ситуаций и катастроф. Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения: -Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС» -Тема 1.2 «Негативные факторы среды обитания и их воздействие на человека» -Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения» -Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»
2	УК-2, УК-3, ПК-7	Знает Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная	Комплект тестовых заданий,	Компьютерное и бланковое тестирование по

	<p>ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный</p> <p>Организацию медицинской сортировки на догоспитальном этапе. Организацию работы сортировочной бригады медицинского отряда, организацию внутрипунктовой и эвакуационной сортировки. Организацию медицинской сортировки в больнице при массовом поступлении пораженных из очага. Дорожно-транспортная безопасность. Организация медико-санитарного обеспечения при ДТП, сопровождающимся массовыми санитарными потерями</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий химических аварий, краткая характеристика химических аварий. Оказание первой помощи при ликвидации последствий радиационных аварий, краткая характеристика радиационных аварий. Оказание первой помощи при ЧС на взрыво- и пожароопасного характера, характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера</p> <p>Оказание первой помощи при террористических актах: краткая характеристика террористических актов Оказание первой помощи при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий землетрясений. Принципы оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снеговые лавины, в районе, пострадавшем от селя, при ликвидации медико-санитарных последствий пожаров</p>	<p>защита рефератов</p>	<p>итогам изучения:</p> <p>-Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения»</p> <p>-Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>-Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>-Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>-Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
	<p>Владеет</p> <p>Навыками извлечения пораженных из труднодоступных мест, в том числе и при синдроме длительного сдавления с использованием подручных средств, а также лямки медицинской носилочной и лямки</p>	<p>Отработка навыков на тренажерах в классе практической подготовки</p>	<p>Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения</p>

		<p>специальной Ш-4</p> <p>Навыками переноски пострадавших с использованием носилок медицинских, подручных средств, лямки медицинской носилочной и лямки специальной Ш-4</p> <p>Навыками оказания первой помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при электротравме и поражении молнией.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при утоплении.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при гипотермии.</p> <p>Навыками оценки тяжести поражения при механической травме, ожоге.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при механической травме, ожогах, поражении отравляющими аварийно-опасными веществами и при поражении ионизирующим излучением.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p> <p>Навыками проведения мероприятий первичного реанимационного комплекса</p>		<p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Тема 2.3 «Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
3	УК-2, УК-3, ПК-12	<p>Знает</p> <p>Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий химических аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при чрезвычайных ситуациях на взрыво- и пожароопасного характера.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных вооруженных конфликтах: условия</p>	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	<p>Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения:</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного</p>

	<p>деятельности органов здравоохранения при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Организацию работы лечебного учреждения при массовом поступлении пораженных из очага техногенной аварии, природной катастрофы</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений.</p>		<p>характера»</p> <p>Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность.</p>
	<p>Умеет</p> <p>Организовать работу сортировочной бригады медицинского отряда при массовом поступлении пострадавших</p> <p>Организовать внутрипунктовую и эвакуационную сортировку при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь в лечебное учреждение</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге техногенной аварии</p> <p>Организовать оказание первой помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге природной катастрофы (землетрясение, наводнение)</p> <p>Организовать оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p>	<p>Комплекты ситуационных задач и сценарии ролевых игр</p>	<p>Решение ситуационных задач и проведение ролевых игр по итогам изучения</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>

II. Оценочные средства

2.1 Развернутая беседа и обсуждение рефератов

2.1.1 Содержание

Одна из форм проведения занятий является семинар. Он проводится по наиболее сложным вопросам, темам или разделам. Его цель – формирование и развитие у обучающихся навыков самостоятельной работы, научного мышления, умения активно

участвовать в дискуссии, делать выводы, аргументировано излагать свое мнение и отстаивать его.

Наиболее распространены две формы семинарского занятия: в виде развернутой беседы и в виде обсуждения рефератов и докладов.

Для этой цели при изучении каждой темы определяются вопросы, выносимые для обсуждения на семинарское занятие и предлагаемая тематика рефератов.

Например:

<p>Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС»</p>	<p style="text-align: center;">Вопросы для обсуждения на занятии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опасность. Номенклатура опасностей. Таксономия опасностей. 2. Понятие о концепции приемлемого (допустимого) риска 3. Управление риском. Системный анализ безопасности 4. Анализ причинно-следственных связей между реализованными опасностями и причинами 5. Логические операции при системном анализе безопасности <p style="text-align: center;">Примерные темы рефератов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику и по масштабу распространения 2. Концепция приемлемого риска. Ее реализация в Российской Федерации 3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика 4. Задачи сил и средств РСЧС 5. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика 6. Силы и средства ликвидации чрезвычайных ситуаций. Их краткая характеристика 7. Центроспас. Его задачи, структура и оснащение 8. ППС России. Их задачи, структура и оснащение 9. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности 10. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций
---	---

2.1.2 Критерии и шкала оценки

При оценивании работы ординаторов используется следующая система оценки

Таблица 3

Система оценок обучающихся

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	100-96	5+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана</p>	95-91	5

<p>совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.</p>		
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	90-86	5-
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	85-81	4+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью "наводящих" вопросов преподавателя.</p>	80-76	4
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.</p>	75-71	4-
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	70-66	3+
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	65-61	3
<p>Дан неполный ответ. Присутствует нелогичность изложения. Студент затрудняется с доказательностью. Масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристике фактов, явлений. В ответе отсутствуют выводы. Речь неграмотна. При ответе на</p>	60-56	3-

дополнительные вопросы студент начинает понимать связь между знаниями только после подсказки преподавателя.		
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не понимает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	55-51	2+
Не получен ответ по базовым вопросам дисциплины.	50-47	2
Отказ от ответа	46	2-

2.1.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

На каждое семинарское занятие планировать не более 2-х докладов рефератов продолжительностью не более 10 минут каждый. Иногда по инициативе преподавателя или по желанию самих ординаторов можно назначить содокладчика (ов). Из числа ординаторов, не готовивших доклад, назначается группа оппонентов, которые предварительно знакомятся с текстами рефератов. Список рекомендованных тем рефератов обязательно изменять на каждую группу. Можно предложить ординаторам самим выбрать название реферата в соответствии с тематикой занятия.

Заслушивание и обсуждение рефератов обязательно необходимо сочетать с развернутой беседой по теме занятия, чтобы заставить всех обучающихся готовиться к занятию.

Для оценки работы докладчика, содокладчика (ов) и оппонентов должны привлекаться все ординаторы группы.

2.2. Тесты

Контроль знаний тестированием является необходимой частью учебного процесса.

Цель проведения контроля знаний в тестовой форме состоит в том, чтобы повысить объективность оценки уровня знаний. Когда тестирование знаний в группе проводится по пройденному курсу, то полнота его изучения выявляется как для всей группы в целом, так и индивидуально для каждого обучающегося.

В отличие от остальных форм контроля знаний, которое отнимают много времени, тестирование проводится для ординаторов всей группы одновременно и, хотя процесс тестирования в целом менее продолжителен, он дает более объективную картину уровня знаний.

Тестирование, независимо от того, проводится оно в письменной форме или посредством компьютеров, психологически меньше нагружает обучающихся и преподавателей. Результаты тестирования после обработки на компьютере представляются в форме совокупности стандартных статистических показателей, пригодных для установления рейтинга знаний ординаторов и сравнительных характеристик группы в целом.

2.2.1. Содержание

Существуют несколько вариантов тестов.

Бланковые тесты содержат только вариант задания с выбором одного или нескольких правильных ответов.

Например:

<u>Задания с выбором одного правильного ответа</u>	№ ... Количественная оценка опасности это...? а) Проблема опасности б) Безопасность в) Условия деятельности г) Риск опасности (правильный ответ) д) Безопасность жизнедеятельности
<u>Задания с выбором нескольких правильных ответов</u>	№ Выберите правильные утверждения об опасности...? а) Опасности носят потенциальный характер (правильный ответ) б) Актуализация опасностей происходит при определенных условиях, именуемых причинами (правильный ответ) в) Опасность включает в себя цель, средства, результат и сам процесс опасности г) Опасность – это часть системы государственных мероприятий, проводимых в целях защиты населения от последствий аварий и стихийных бедствий д) Признаками опасности являются: угроза для жизни; возможность нанесения ущерба здоровью; нарушение условий нормального функционирования систем человека (правильный ответ)

Тесты в компьютерном варианте позволяют использовать кроме выше перечисленных иные варианты заданий.

Например:

<u>Задания на установление правильной последовательности</u>	№ Укажите последовательность изучения опасностей? а) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться б) Провести анализ последствий в) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности г) Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей (правильный ответ) а) Выявить источники опасности б) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности в) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться г) Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей д) Провести анализ последствий
<u>Задания на установление соответствия</u>	№ Какие определения соответствуют указанным ниже понятиям?

	<p>1) Безопасность 2) Опасность 3) Приемлемый риск</p> <p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p> <p style="text-align: center;">(правильный ответ)</p> <p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями (1)</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям (2)</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства (3)</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p>
Задания открытой формы	<p>№..... Химические вещества, предназначенные для борьбы с грибами – возбудителями болезней, разрушающих древесные конструкции и повреждающих хранящиеся материальные ценности это...?</p> <p style="text-align: center;">(правильный ответ)</p> <p>1) фунгициды</p>

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка тестовых заданий осуществляется по 100 - балльной системе. Стоимость правильного ответа по каждому тесту соответствует количеству тестов в задании, которых должно быть не менее 20. При этом количество вопросов должно исключить дробное оценивание (30, 40 и т.д. вопросов)

- 20 вопросов – 5 баллов за правильный ответ
- 25 вопросов – 4 балла за правильный ответ
- 50 вопросов – 2 балла за правильный ответ

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

При проведении оценки результатов обучения с помощью тестовых заданий компьютерное тестирование предпочтительно.

Для объективной оценки знания материала после каждого занятия компьютер на основе теории случайных чисел должен менять номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте.

При бланковом тестировании необходимо для каждой группы ординаторов подготавливать новые комплекты тестовых заданий с иным перечнем вопросов, что трудоемко и не всегда выполнимо.

Для прочтения вопроса, его осмысления и подбора правильного ответа выделяется время – не более 30 секунд на вопрос.

2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности.

Основными действиями обучающихся по работе с ситуационной задачей являются:

- подготовка к занятию;
- знакомство с критериями оценки ситуационной задачи;
- уяснение сути задания и выяснение алгоритма решения ситуационной задачи;
- разработка вариантов для принятия решения, выбор критериев решения, оценка и прогноз перебираемых вариантов;
- презентация решения ситуационной задачи (как правило, в устной форме);
- получение оценки и ее осмысление.

2.3.1 Содержание

При составлении ситуационных задач кафедра ориентируется на все возможные типы ситуаций, в которых необходимо принять решение о действии:

1. Ситуация выбора (классическая ситуация реакции выбора, т.е. во всех этих ситуациях человек должен осуществить выбор (селекцию) сигналов, классифицировать их)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступил гражданин С. (жалобы, объективные данные)

Задание:

1. Провести выборочную сортировку (определить очередность оказания медицинской помощи, функциональное подразделение, куда необходимо направить пострадавшего)
2. Провести эвакотранспортную сортировку (определение очередности эвакуации, метода эвакуации и эвакуационное направление)

2. Сложная ситуация (ситуации, в которых человек должен одновременно учитывать сведения, получаемые более чем от одного источника информации, либо выполнять более чем одно действие)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных

потерь поступило 10 пораженных:

1. Гражданин С. (жалобы, объективные данные)
- 2.....
- .
10.

Задание:

1. Провести внутриспунктовую сортировку (определить: предварительный диагноз, тяжесть поражения, тактику поведения с этим пораженным, прогноз)
2. Заполнить первичную медицинскую карточку Ф.100

3. Вероятностные ситуации (возникают в тех случаях, когда человек выполняет определенные операции при недостаточном объеме имеющейся в его распоряжении информации)

Например:

Условия:

Дан населенный пункт (площадь населенного пункта, количество жителей, количество работающего населения, распределение неработающего и работающего населения на три группы: находящиеся в убежищах, находящиеся в простейших укрытиях, незащищенные). В результате возможного нападения противника дана площадь полных и сильных разрушений.

Задание:

С использованием коэффициента разрушения «Д» рассчитать возможные санитарные потери работающего и неработающего населения

2.3.2 Критерии и шкала оценок

При оценке работы обучающихся по решению ситуационных задач решение может оцениваться по логической составляющей (задачи 1 и 2 типа) или по логической и математической составляющей (задачи 3 типа).

В первом случае оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи, знание об объекте, понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей.

Во втором случае к вышеперечисленному добавляется математическая составляющая.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)
- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

2.3.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

Задачи должны быть составлены таким образом, чтобы на каждую группу был свой комплект задач (кейс) с изменяемыми количественными характеристиками и заданиями.

При выставлении оценки преподаватель должен учитывать:

- полноту знания учебного материала по теме занятия;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

2.4. Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

2.5.1 Содержание

Обучающиеся в процессе обучения должны овладеть практическими навыками, приведенными в рабочей программе. При демонстрации владения этими навыками учитывается правильность выполнения, четкость, уверенность, очередность проведения мероприятий, а при выполнении навыков, связанных с риском для жизни «пострадавшего» (проведение сердечно-легочной реанимации, временная остановка наружного артериального кровотечения всеми доступными способами и т.п.) – время выполнения.

2.5.2 Критерии и шкала оценки

Для объективной оценки работы обучающегося используются чек-листы, позволяющие быстро и правильно оценить действие студента.

Например:

Чек-лист практического навыка «Базовая сердечно-легочная реанимация»

Ф.И.О. ординатора _____ Группа _____ Дата _____

№	Действие	1*	0.5**	0***
1	Оценка ситуации <ul style="list-style-type: none"> • Оценить безопасность условий оказания помощи (наличие электротока, работающий двигатель автомобиля, опасность взрыва или возгорания, «дорожная» опасность, агрессия со стороны окружающих и т.д.) и по возможности ликвидация опасных факторов или удаление от них; • Оценить анамнез (опрос окружающих) 	5.0	2.5	0
2	Диагностика остановки сердца (10 секунд) <ul style="list-style-type: none"> • Оценить наличие сознания (задать вопрос); • Оценить наличие дыхания («вижу», «слышу», «ощущаю»); • Определить пульс на наружной сонной артерии или бедренной артерии 	10.0	5.0	0
3	Обеспечение помощи и поддержки	5.0	2.5	0

	<ul style="list-style-type: none"> • Вызвать бригаду СМП (МЧС) (набран номер телефона правильно, сообщены возможные причины происшествия, состояние пострадавшего (пациента), место происшествия, фамилия и имя вызывающего; • По возможности – привлечение к оказанию помощи свидетелей (окружающих) 			
4	Подготовка к проведению реанимационных мероприятий <ul style="list-style-type: none"> • Уложить пострадавшего (пациента) на спину, на твердую поверхность; • Расстегнуть одежду, ремень; • По возможности – приподнять ноги реанимируемому 	5.0	2.5	0
5	Последовательность реанимационных мероприятий <ul style="list-style-type: none"> • Комплекс «массаж-ИВЛ» 30:2; • Без определения пульса проведение 5 комплексов (2 минуты) • Определение пульса (10 секунд) 	20.0	10.0	0
6	Оценка качества закрытого массажа сердца <ul style="list-style-type: none"> • Частота компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту; • Глубина компрессий – не менее 5 см и не более 6 см; • Точка нажатия: строго по срединной линии в средней трети грудины (или на границе средней и нижней трети грудины); • Руки выпрямлены, строго перпендикулярно поверхности грудной клетки реанимируемого; • Техника манипуляции: не терять контакт между руками и грудной клеткой реанимируемого, давать грудной клетке полностью расправляться, время компрессии и декомпрессии одинаково 	30.0	15.0	0
7	Оценка качества искусственной вентиляции легких <ul style="list-style-type: none"> • По возможности очистка верхних дыхательных путей (удаление инородных тел, рвотных масс, сгустков крови и т.д.); • Выпрямление дыхательных путей (при отсутствии противопоказаний); • Герметизация верхних дыхательных путей; • Продолжительность вентиляции – 1 секунда; • По возможности – контроль экскурсии грудной клетки реанимируемого; • Общая продолжительность 2-х вентиляций не более 5 секунд 	20.0	10.0	0
8	Контроль эффективности реанимационных мероприятий	5.0	2.5	0

	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка пульса на наружной сонной или бедренной артерии; • При появлении пульса – оценка ритма сердца, контроль артериального давления; • Организация перевода в отделение реанимации; • Своевременное прекращение реанимационных мероприятий при их безуспешности (осуществляется через 30 минут от начала последнего эпизода остановки сердца если их было несколько) 			
	Итого			

* выполнил полностью; ** выполнил не полностью (с ошибками); *** не выполнил

2.5.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

В отличие от других видов оценочных средств практические навыки должны выполняться ординаторами до получения удовлетворительного результата.

Для оценки действия обучающегося в качестве арбитров целесообразно кроме преподавателя привлекать других обучающихся из этой группы, выполнивших данное мероприятие на «отлично»

3. Критерии сдачи ординаторами промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Промежуточная аттестация ординатора проводится после освоения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» в полном объеме в последний день занятия в форме зачета.

Зачет включает два раздела: тестовый контроль и практическую часть (решение ситуационных задач, оценка навыков оказания первой помощи, организация работы сортировочной бригады и проведение медицинской сортировки, организация эвакуации пострадавших). К зачету допускаются обучающиеся, не имеющие пропусков занятий и освоившие учебный материал всех тем занятий..

Варианты компьютерного тестирования включают в себя задание из 50 вопросов, на которые необходимо ответить в течение 30 минут. Для объективной оценки знания материала после каждой группы компьютер на основе теории случайных чисел меняет номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте. Оценка проводится по 100-балльной шкале. За каждый правильный ответ ординатор получает 2 балла.

Практические навыки оцениваются по чек-листам с учетом четкости, уверенности и времени выполнения.

При оценке работы ординатора по решению ситуационных задач оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, определить причинно-следственные связи.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)

- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

Оценка рубежного контроля является средней арифметической оценок по каждому разделу зачета. При итоговой оценке 56 баллов и более ординатору выставляется «зачтено». При неудовлетворительной оценке по любому из двух разделов зачета результаты не засчитываются и ординатор должен пересдать зачет в соответствующие дни, определенные деканатом.

ТЕСТЫ

для промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

- (УК-3, ПК-3) К безвозвратным потерям не относятся:
 - Умершие в лечебных учреждениях
 - Погибшие в момент возникновения ЧС
 - Умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации
 - Пропавшие без вести
 - Попавшие в плен

- (УК-3, ПК-3) Какой поражающий фактор в чрезвычайных ситуациях не выделяется?
 - Термический
 - Механический
 - Радиационный
 - Химический
 - Инфекционный

- (УК-3, ПК-12) Какого специалиста нет в поисково-спасательном отряде Ивановской области?
 - Кинолога
 - Взрывотехника
 - Врача-специалиста
 - Спасателя
 - Психолога

- (УК-3, ПК-12) ПМГ «Защита» может оказать квалифицированную помощь и провести медицинскую сортировку в сутки:
 - 250 пораженным
 - 400 пораженным
 - 100 пораженным
 - 300 пораженным
 - 500 пораженным

- (УК-3, ПК-3, ПК-12) Для проведения радиационной разведки используется прибор:
 - ПХР-МВ
 - ВПХР
 - УГ-2

Г. ДП-5
Д. ИД-1

6. (УК-2, УК-3, ПК-3) Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооружённых конфликтах» в:

- А. 1956 г.
- Б. 1980 г.
- В. 1957 г.
- Г. 1961 г.
- Д. 1977 г.

7. (УК-3, ПК-3) Авиационное событие, не повлекшее за собой гибель членов экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна называется:

- А. Катастрофой
- Б. Аварией
- В. Происшествием
- Г. Поломкой
- Д. Чрезвычайной ситуацией

8. (УК-3, ПК-3) Соотношение численности погибших и раненых при автомобильных происшествиях и авариях составляет:

- А. 1:7
- Б. 1:8
- В. 1:15
- Г. 1:10
- Д. 1:5

9. (УК-3, ПК-3) Какая форма заболевания при радиационных авариях развивается от кратковременного крайне неравномерного воздействия гамма - излучения

- А. Хроническая лучевая болезнь
- Б. Радиационный ожог кожи
- В. Гипоплазия щитовидной железы
- Г. Острая лучевая болезнь
- Д. Алопеция

10. (УК-3, ПК-7) Ферроцин это:

- А. Антидот при поражении ФОВ
- Б. Адсорбент при попадании в желудок РВ
- В. Радиозащитное средств
- Г. Противорвотное
- Д. Сердечно-сосудистое средство

11. (УК-3, ПК-3) У аварийно-опасных химических веществ выделяют по степени опасности:

- А. 6 классов
- Б. 4 класса
- В. 3 класса
- Г. 5 классов
- Д. 2 класса

12. (УК-3, ПК-3) Вещества обладающие высокой токсичностью и способные при определенных условиях вызывать массовые отравления людей и животных, а также загрязнять окружающую среду называется:
- А. Боевые отравляющие вещества
 - Б. Сильно действующие ядовитые вещества
 - В. Аварийно опасные химические вещества
 - Г. Ядовитые вещества
 - Д. Агрессивные химические вещества
13. (УК-3, ПК-7, ПК-12) Для защиты от отравления угарным газом используют:
- А. Гопкалитовый патрон
 - Б. Регенерирующий патрон
 - В. Респиратор РУ-60
 - Г. Респиратор РПГ-67А
 - Д. Ватно-марлевая повязка, смоченная 2%-ным раствором питьевой соды
14. (УК-3, ПК-3) Какого вида инструктажа нет?
- А. Первичный
 - Б. Внеплановый
 - В. Целевой
 - Г. Вводный
 - Д. Заключительный
15. (УК-2, УК-3, ПК-3) Методические рекомендации по разработке государственных нормативных требований охраны труда введены Министерством труда России в:
- А. 2008 г.
 - Б. 2002 г.
 - В. 1998 г.
 - Г. 1996 г.
 - Д. 2006 г
16. (УК-2, УК-3, ПК-3) Нормативный акт, устанавливающий требования по охране труда при выполнении работ в производственных помещениях, на территории предприятия, на строительных площадках и в иных местах, где производятся эти работы или выполняются служебные обязанности называется:
- А. Правила по охране труда
 - Б. Методические указания по охране труда
 - Б. Инструкция по технике безопасности
 - Г. Методические указания по технике безопасности
 - Д. Инструкция по охране труда
17. (УК-2, УК-3, ПК-3) Для проведения внепланового инструктажа необходим перерыв в работе на объектах с повышенными требованиями безопасности труда в:
- А. 30 суток
 - Б. 45 суток
 - В. 20 суток
 - Г. 14 суток
 - Д. 60 суток
18. (УК-2, УК-3, ПК-3) Обязанности работника по соблюдению правил охраны труда изложены в Трудовом кодексе, в статье:

- А. 196
- Б. 214
- В. 76
- Г. 212
- Д. 192

19. (УК-2, УК-3, ПК-12) Больных с легкой черепно-мозговой травмой следует госпитализировать для наблюдения на срок:

- А. 5-6 суток
- Б. 2-3 суток
- В. 7-10 суток
- Г. 10-14 суток
- Д. Госпитализации не подлежат

20. (УК-2, УК-3, ПК-3) Состояние защищённости жизненно важных интересов личности и общества от аварий на опасных производственных объектах и последствий указанных аварий называется:

- А. Производственная безопасность
- Б. безопасность жизнедеятельности
- В. Промышленная безопасность
- Г. Гигиена труда
- Д. Техника безопасности

21. (УК-3, ПК-3) К основным признакам повреждения бедра не относится:

- А. Боль в бедре или суставах, которая резко усиливается при движениях
- Б. Движения в суставах невозможны или значительно ограничены
- В. При переломах бедра изменена его форма и определяется ненормальная подвижность в месте перелома, бедро укорочено
- Г. Движения в суставах невозможны;
- Д. Судороги мышц бедра

22. (УК-2, УК-3, ПК-7, ПК-12) При поражении соединениями тяжелых металлов и мышьяка в качестве антидота используется:

- А. Уголь активированный
- Б. Атропина сульфат
- В. Натрия гидрокарбонат
- Г. Этиловый спирт
- Д. Унитиол

23. (УК-3, ПК-3) При падении людей на улице чаще всего случаются:

- А. Черепно-мозговые травмы
- Б. Переломы конечностей
- В. Ушибы мягких тканей
- Г. Торакоабдоминальные повреждения

24. (УК-3, ПК-3) Пути поступления, выведения и распространения яда, связанные с кровоснабжением органов и тканей называются:

- А. Пространственный фактор
- Б. Проникающий фактор
- В. Поражающий фактор
- Г. Концентрационный фактор
- Д. Барьерный фактор

25. (УК-3, ПК-3) Перкутанный путь поступления яда в организм – поступление через
- А. Кожу
 - Б. Рот
 - В. Дыхательные пути
 - Г. При инъекциях
 - Д. При укусах
26. (УК-3, ПК-3) В общем количестве отравления бытовые составляют:
- А. Более 50%
 - Б. Более 75%
 - В. Менее 40%
 - Г. Более 40%
 - Д. Более 90%
27. (УК-3, ПК-3) Какую группу химических веществ (органические и неорганические) в зависимости от их практического использования не выделяют?
- А. Промышленные яды
 - Б. Ядохимикаты
 - В. Бытовые химикаты
 - Г. Психотропные
 - Д. Биологические растительные и животные яды
28. (УК-3, ПК-3) К наиболее существенным негативным факторам бытовой среды относится:
- А. Хлорсодержащие препараты
 - Б. Просроченные продукты питания
 - В. Озон
 - Г. Соединения фтора
 - Д. Тяжелые металлы
29. (УК-3, ПК-3) Прессованные плиты, применяемые в конструкциях настила полов, панелей, столов, шкафов и другой мебели выделяют:
- А. Кадмий
 - Б. Формальдегид
 - В. Мышьяк
 - Г. Летучие органические соединения
 - Д. Диоксид серы
30. (УК-3, ПК-3) Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется:
- А. Вредным
 - Б. Негативным
 - В. Опасным
 - Г. Отрицательным
 - Д. Чрезвычайным
31. (УК-3, ПК-3) По происхождению опасности выделяют:
- А. 6 групп
 - Б. 5 групп
 - В. 8 групп

- Г. 10 групп
- Д. 4 группы

32. (УК-3, ПК-3) По характеру воздействия на человека опасности не выделяют:

- А. Механические
- Б. Физические
- В. Химические
- Г. Биологические
- Д. Социальные

33. (УК-3, ПК-3) Какой сферы проявления опасностей нет

- А. бытовая
- Б. Спортивная
- В. Инфекционная
- Г. Дорожно-транспортная
- Д. Производственная

34. (УК-3, ПК-12) При ликвидации аварии в особых условиях, когда ЧС отличаются особой спецификой, а их ликвидация связана с работой в труднодоступной местности, в условиях, сопряженных с повышенным риском для жизни спасателей используется:

- А. Центроспас
- Б. Центр специального назначения
- В. Войска гражданской обороны
- Г. Поисково-спасательные службы
- Д. Сводный мобильный отряд

35. (УК-3, ПК-12) В РСЧС выделяют:

- А. Силы и средства обнаружения
- Б. Силы и средства оповещения
- В. Силы и средства наблюдения и контроля
- Г. Силы и средства эвакуации
- Д. Силы и средства защиты

36. (УК-3, ПК-12) В составе сил и средств МЧС России нет:

- А. Центра специального назначения
- Б. Сводных мобильных отрядов
- В. Поисково-спасательных служб
- Г. Многопрофильных больниц
- Д. Авиации МЧС

37. (УК-3, ПК-3) К опасным и вредным факторам по природе действия не относятся:

- А. Физические
- Б. Эмоциональные
- В. Биологические
- Г. Химические
- Д. Психофизические

38. (УК-3, ПК-3) К физическим негативным факторам относится:

- А. Химическое загрязнение почвы
- Б. Психо-эмоциональное напряжение при выполнении работы
- В. Аварии на очистных сооружениях

- Г. Неустойчивые конструкции и природные образования
- Д. Лекарственные средства, применяемые не по назначению

39. (УК-3, ПК-3) В результате разрушения и разгерметизации систем повышенного давления на человека не действует следующий поражающий фактор:

- А. Загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами
- Б. Возгорание зданий, различных материалов и т.п.
- В. Ударная волна
- Г. Загрязнение
- Д. Монотонность и однообразие труда

40. (УК-3, ПК-3) При воздействии на человека переменного тока силой 20-25 мА возможно:

- А. Судороги в руках
- Б. Фибрилляция сердца
- В. Паралич дыхания. Начинаются трепетать желудочки сердца
- Г. Пальцы рук дрожат (сильно)
- Д. Руки парализуются немедленно, оторвать их от электродов не возможно, очень сильные боли

41. (УК-3, ПК-3) При дозе излучения равной 100-200 Р у человека развивается острая лучевая болезнь

- А. Средней степени тяжести
- Б. Тяжелой степени тяжести
- В. Легкой степени тяжести
- Г. Крайне тяжелой степени тяжести
- Д. Острая лучевая болезнь не развивается

42. (УК-3, ПК-3) Травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности, на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу, независимо от вызвавших причин относятся к:

- А. Уличному травматизму
- Б. Производственному травматизму
- В. Непроизводственному травматизму
- Г. Дорожному травматизму
- Д. Пешеходному травматизму

43. (УК-3, ПК-3) Какой вид наказания не предусматривает уголовная ответственность за нарушение требований охраны труда?

- А. Увольнение по соответствующим основаниям
- Б. Штраф
- В. Лишение права занимать определённые должности и заниматься определённой деятельностью
- Г. Лишение свободы на определённый срок
- Д. Исправительные работы

44. (УК-3, ПК-3) Правила аттестации рабочих мест отражены в следующем документе

- А. Постановление Правительства РФ
- Б. Указом Президента
- В. Ведомственным документом – приказом Министерства здравоохранения и социального развития
- Г. Ведомственным документом - постановление Минтруда РФ

Д. Федеральным законом

45. (УК-3, ПК-12) При групповом несчастном случае, тяжёлом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом работодатель (его представитель) не направляет сообщение в:

- А. Прокуратуру по месту происшествия несчастного случая
- Б. Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации
- В. Страховщику по вопросам обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
- Г. Территориальные объединения организации профсоюзов
- Д. Государственную инспекцию труда

46. (УК-3, ПК-3) По техническим последствиям выделяют следующий тип радиационных аварий:

- А. Объектовая авария
- Б. Проектная авария
- В. Локальная авария
- Г. Региональная авария
- Д. Отсроченная авария

47. (УК-3, ПК-3) Какое группу ОВ не выделяют по клиническим признакам интоксикации и механизму действия (клинико-физиологическая или токсикологическая классификация) среди АОХВ:

- А. Вещества с преимущественно удушающим действием
- Б. Вещества преимущественно общеядовитого действия
- В. Вещества преимущественно нефротоксического действия
- Г. Вещества нервно-паралитического действия
- Д. Метаболические яды

48. (УК-3, ПК-3) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время химической аварии называется:

- А. Зона поражения
- Б. Опасная зона
- В. Зона загрязнения
- Г. Химически опасная зона
- Д. Зона химического поражения

49. (УК-2, УК-3, ПК-12) После купированных симптомов первичной реакции могут быть оставлены на амбулаторном лечении пораженные, получившие облучение в дозе:

- А. До 0.5 Гр
- Б. До 1 Гр
- В. До 2 Гр
- Г. До 3 Гр
- Д. До 4 Гр

50. (УК-3, ПК-3) При дорожно-транспортных происшествиях большинство травм это:

- А. Переломы костей нижних конечностей
- Б. Сочетанные черепно-мозговые травмы
- В. Торакальные повреждения
- Г. Травмы живота и таза
- Д. Переломы костей верхних конечностей

Вопросы к собеседованию на промежуточную аттестацию

1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику, по масштабу распространения. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-3)
2. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций. Структура санитарных потерь. Классификация санитарных потерь по тяжести, локализации поражения, по поражающим факторам (УК-3, ПК-3)
3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика. Задачи сил и средств РСЧС (УК-3, ПК-12)
4. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика. Силы и средства ликвидации ЧС. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-12)
5. Центроспас. Его краткая характеристика. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-12)
6. ППС России. Их краткая характеристика. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности (УК-3, ПК-12)
7. Классификации ядов по принципу их действия. Классификация ядов в зависимости от пути поступления в организм. Этиология острых отравлений (УК-3, ПК-3)
8. Патогенез отравления. Токсикогенный эффект. Его характеристика (ПК-3, ПК-12). Факторы, влияющие на распределение яда в организме. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-3)
9. Черепно-мозговая травма. Ее краткая характеристика. Классификация ЧМТ по тяжести поражения (УК-3, ПК-3)
10. Что такое «Охрана труда»? Какие элементы входят в понятие «Охрана труда»? Организация охраны труда в России. Требования, предъявляемые к охране труда (УК-3, ПК-3)
11. Виды инструкций и их содержание. Организация работы с персоналом по охране труда (УК-3, ПК-3)
12. Организация аттестации рабочих мест по охране труда. Виды инструктажа по технике безопасности (УК-3, ПК-3)
13. Что такое «несчастные случаи на производстве»? Их виды. Производственный травматизм и его профилактика (УК-3, ПК-3)
14. Классификация АОВВ по физическим признакам и по степени опасности (УК-3, ПК-3)
15. Характеристика классов опасности аварийно-опасных химических веществ. Классификация химических аварий по отдельным признакам. Виды очага химического поражения (УК-3, ПК-3)
16. Факторы радиационного воздействия на население. Классы радиационных аварий. Временные фазы радиационных аварий (УК-3, ПК-3)
17. Характеристика чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера (УК-3, ПК-3)
18. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений (УК-3, ПК-12)
19. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнения (УК-3, ПК-12)
20. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий лесных и торфяных пожаров (УК-3, ПК-12)
21. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий природных катастроф (УК-3, ПК-12)

22. Определение «терроризм». «Террористическая деятельность», «Международная террористическая деятельность», «Террористическая акция», «Террорист», «Террористическая группа», «Террористическая организация», «Борьба с терроризмом», «Контртеррористическая операция», Зона проведения контртеррористической операции». Классификация проявлений терроризма. Характеристика террористических актов (УК-3)
23. Признаки применения террористами ОХВ (ОВ). Мероприятия по ликвидации медико - санитарных последствий террористических актов с применением ОВ (УК-3, ПК-3)
24. Характеристика террористических актов с применением РВ и БС (УК-3, ПК-3)
25. Медицинские силы и средства ГО, предназначенные для обеспечения населения в вооруженных конфликтах. (УК-3, ПК-12)
26. Принципы использования медицинских сил и средств ВСМК и ГО в вооруженных конфликтах. Медицинские мероприятия при обеспечении пострадавшего населения. (УК-3, ПК-12)
27. Правовая основа соблюдения прав и обязанностей медицинского персонала в вооружённых конфликтах. Обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах. Права медицинского персонала в вооруженных конфликтах. (УК-2, УК-3, ПК-12)
28. Характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций. Какие виды ДТП есть? Какую категорию пострадавших надо отнести к погибшим в ДТП и раненым в ДТП? Травмогенез пострадавших при ДТП (УК-3, ПК-3)
29. Основные причины смерти при ДТП. Ответственность за неоказание необходимой медицинской помощи. Три этапа оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (УК-3, ПК-3)
30. Организация обеспечения безопасности на месте ДТП. Способы извлечения пострадавшего из транспортного средства. Определение состояния пострадавшего (УК-3, ПК-12)

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ для промежуточной аттестации

1. Оценить уровень загрязнения местности радиоактивными веществами с использованием рентгенометра-радиометра ДП-5 (УК-3, ПК-7)
2. Провести диагностику острой лучевой болезни по показаниям индивидуального дозиметра ИД-1 (УК-3, ПК-7)
3. Провести расчет санитарных потерь при применении противником обычных средств поражения и высокоточного оружия по коэффициенту разрушения «Д» (УК-3, ПК-7)
4. Провести частичную дегазацию с использованием индивидуального противохимического пакета (УК-3, ПК-7)
5. Заполнить документ учетной документации (первичная медицинская карточка Ф.100) (УК-3, ПК-7)
6. Извлечь пораженных из-под завалов с помощью лямки медицинской и лямки медицинской специальной Ш-4, в т.ч. и при наличии синдрома длительного сдавления (УК-3, ПК-7)
7. Извлечь пострадавшего из поврежденной машины при ДТП. (УК-3, ПК-7)
8. Придать пострадавшему стабильное положение (УК-3, ПК-7)
9. Оценить тяжесть ЧМТ по шкале комы Глазго (УК-3, ПК-7)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
Общественное здоровье и
здравоохранение**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
Общественное здоровье и здравоохранение**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
<i>УК-2</i>	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1 год обучения
<i>УК-3</i>	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
<i>ПК-1</i>	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 год обучения
<i>ПК-4</i>	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 год обучения
<i>ПК-5</i>	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
<i>ПК-10</i>	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения
<i>ПК-11</i>	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>
2.	УК-3	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, концепцию факторов риска; - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья ; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа; - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях; - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, применять концепцию факторов риска здоровья в практической деятельности; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>

		<p>соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности; - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности; - современными критериями оценки качества медицинской помощи 		
3.	<i>ПК-1</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы формирования здорового образа жизни <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять вредные факторы, влияющие на здоровье человека 		
4.	<i>ПК-4</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности. 		
5.	<i>ПК-5</i>	<p>Знает: структуру Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
6.	<i>ПК-10</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <p>Умеет:</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности 		
7.	ПК-11	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современными методиками оценки качества медицинской помощи 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Вариант тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4)

Выберите один правильный ответ

Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;

2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

Основными источниками информации о здоровье населения являются:

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
3. исчерпанная заболеваемость населения;
4. распространенность заболеваний среди населения;
5. распространенность социально значимых заболеваний.

Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:

1. крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки;
2. небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки;
3. нерандомизированных проспективных контролируемых исследований;
4. нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований; неконтролируемых исследований.

Основное различие между аналитическим и экспериментальным исследованием заключается в том, что в эксперименте:

1. контрольная и основная группа одинаковы по численности единиц наблюдения;
2. используется проспективное, а не ретроспективное наблюдение;
3. контрольная и основная группа подбираются методом “копи - пар”;
4. исследователь определяет, кто будет подвергаться воздействию этиологического фактора, а кто нет;
5. обязательно используется контрольная группа для сравнения.

Блок 2. Организация здравоохранения (УК-2, УК-3, ПК-10)

Выберите один правильный ответ

Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации разрабатываются и утверждаются на уровне:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:

1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:

1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;
2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;
4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

В случае выявления нарушения при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 60 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект практико-ориентированных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (ПК-1, ПК-4)

Практико-ориентированное задание № 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2017-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	- 8,5%
2. Болезни органов дыхания	- 38,3%
3. Болезни органов пищеварения	- 6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	- 13,2%
5. Травмы и отравления	- 11,0%
6. Прочие	- 22,7%
Все причины	- 100,0%

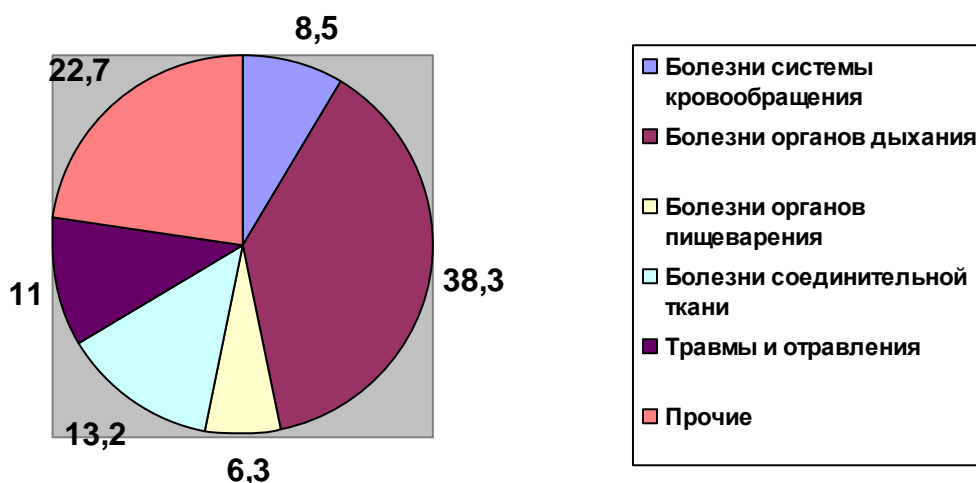
К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

Эталон ответа

Представленные данные относятся к группе экстенсивных показателей. Эти показатели отражают структуру явления, удельный вес части явления в целом. Графически могут быть проиллюстрированы следующим образом:

Рисунок 1.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности
в городе N в 2017-м году (в %).



При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
2. Рисунок должен иметь номер.
3. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
4. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
5. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

Практико-ориентированное задание № 2

Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных).

Эталон ответа

Комбинационная таблица позволяет проводить углубленный анализ полученных статистических данных. В ней каждому статистическому подлежащему соответствует два или более статистических сказуемых, связанных друг с другом. Макет таблицы может выглядеть следующим образом:

Таблица 1.

Структура нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м году (в %).

№ п/п	Наименование прав пациента	Амбулаторно-поликлинические орг.			Стационары		
		Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные	Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Право на выбор врача						
2.	Право на отказ от медицинского вмешательства						
3.	Право на информацию о состоянии здоровья						
4.	Прочие права пациента						
Всех нарушений:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Таблица должна иметь номер.
2. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
3. Макет таблицы должен быть замкнутый.
4. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
5. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

Практико-ориентированное задание № 3

Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные:

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000
2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы?

Эталон ответа

При расчете показателей структуры заболеваемости (экстенсивных показателей) слушатели принимают за 100% общее количество обращений за медицинской помощью, и решают пропорцию определяют долю обращений по каждому из классов заболеваний.

Для определения уровней заболеваемости (интенсивных показателей) слушатели соотносят общее количество обращений, а также обращений по каждому классу заболеваний с численностью населения соответствующего города, а затем проводят перерасчет на 1000 населения.

В итоге слушателем должны быть получены следующие результаты:

Класс заболеваний	Город А		Город В	
	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)
1. Болезни органов кровообращения	30	150	20	160
2. Болезни органов дыхания	40	200	40	320
3. Болезни органов пищеварения	10	50	15	120
4. Прочие	20	100	25	200
Всего:	100	500	100	800

Болезни органов кровообращения более распространены в городе В (160 на 1000 населения против 150 на 1000 населения в городе А). Суждение о большей распространенности болезней органов кровообращения в городе А (на основании сравнения соответствующих долей в структуре заболеваемости по обращаемости) будет являться ошибкой.

Блок 2. Организация здравоохранения (ПК-5, ПК-10, ПК-11)

Практико-ориентированное задание № 1

Врач-стоматолог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионной комиссии лицензия была аннулирована.

Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности.

Эталон ответа

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы осуществляют плановые и внеплановые проверки соблюдения лицензионных требований и условий. Поводом для внеплановой проверки может быть жалоба (обращение) пациента. В данной ситуации медицинскую помощь осуществляло лицо (студент 4-го курса), не имеющий право на её осуществление (отсутствует диплом врача и сертификат по специальности «урология»). Данное нарушение в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности...» является грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрена административная ответственность по ст.14.1 КоАП РФ, в том числе, приостановление действия лицензии. При выявлении грубых нарушений лицензионных требований и условий лицензирующие органы выдают предписание об устранении нарушений в определенный срок, а также вправе составить протокол об административном правонарушении, который передается в течение 3-х суток в суд для вынесения решения. В любом случае вопрос об аннулировании лицензии принимается судом, а не лицензирующим органом.

Практико-ориентированное задание № 2

Преподаватель медицинского вуза, входящий в реестр внештатных экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

Правомерны ли действия администрации медицинского учреждения?

Эталон ответа

В данной ситуации, прежде всего, необходимо установить полномочия родственников представлять интересы пациента. Если пациент старше 15 лет и является дееспособным, то все юридически значимые действия в отношении оказанной ему медицинской помощи совершаются им лично. В соответствии со статьей 13 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 указанной статьи. Так, в соответствии с частью 3 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам с письменного согласия пациента. В соответствии с частью 4 указанной статьи допускается

разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Таким образом, родственники пациента могут представлять его интересы, в том числе запрашивать информацию по медицинской документации, при наличии письменного согласия или доверенности со стороны пациента.

Одним из прав пациента является его право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также на получение на основании такой документации консультации у других специалистов (ч.4 ст.22 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В соответствии с ч.5 ст.22 ФЗ №323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Таким образом, для получения консультации (в том числе по качеству оказанной помощи) пациент либо его представители по доверенности должны обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении им медицинской документации (копий и выписок).

Кроме того, действующее законодательство предусматривает проведение экспертизы качества медицинской помощи внештатным экспертом в рамках обязательного медицинского страхования. Поводом для внеплановой проверки может служить, в том числе, жалоба застрахованного. В этом случае страховой медицинской организацией назначается эксперт из реестра, запрашиваются медицинские документы для проведения указанным экспертом экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Результаты ЭКМП в этом случае по просьбе застрахованного могут быть доведены до его сведения.

Таким образом, действия администрации правомерны. Пациент или его родственники (при наличии письменной доверенности) вправе лично обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении медицинской документации (копий, выписок) и затем получить по ней необходимую ему (им) консультацию. Второй вариант – пациенту или его родственникам (при наличии доверенности) обратиться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию для назначения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи и дальнейшего ознакомления с её результатами. В этом случае эксперта назначает страховая компания, поручение экспертизы конкретному эксперту по требованию застрахованного законодательством не предусмотрено.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
ПК-1, ПК-4	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии, но совершает	<u>Умеет</u> анализировать под руководством преподавателя основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии	<u>Не умеет</u> анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности

	<p><u>Владеет</u> уверенно, правильно и самостоятельно методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</p>	<p><u>отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p>заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p><u>Не владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности</p>
ПК-10	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Владеет</u> уверенно, правильно и самостоятельно осуществляет поиск и правильное применение нормативно-правовых актов</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> под руководством <u>преподавателя</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Владеет</u> навыками поиска нормативно-правовых актов, правильно применяет <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Не владеет</u> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов</p>
ПК-5, ПК-11	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>но при их применении совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> под руководством <u>преподавателя</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Не владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Количество практико-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практико-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения практико-ориентированных заданий.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
«Педагогика»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
*«Педагогика»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.4

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	1 год обучения
УК-3	- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
	УК-1	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Научные подходы к изучению закономерностей психического развития. Умеет интегрировать полученные знания с системой академических знаний в реализации целей, задач и функций педагогической деятельности; Владеет навыками работы по	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		использованию полученных знаний		
	УК-2	<p>Знает особенности формирования и Проявления познавательных Процессов личности в периоду юношества и взрослости</p> <p>Умеет навыками работы по использованию полученных знаний;</p> <p>Владеет навыками анализа особенностей эмоционального, сенсорного, умственного и вербального развития личности;</p>	<p>1. Комплект тестовых заданий.</p> <p>2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.</p>	Зачет, 1 год обучения
1.	УК-3	<p>Знает потребности и ведущие мотивы учебной деятельности обучаемых, роль личности реподавателя как фактора эффективности обучения и воспитания</p> <p>Умеет дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе с младшим персоналом в зависимости от конкретной ситуации, возрастных особенностей, целей и задач обучения. использовать знания о современных педагогических технологиях обучения и воспитания со средним и младшим медицинским персоналом, методах взаимодействия с родными и близкими выздоравливающих больных</p> <p>Владеет приемами активизации познавательной деятельности обучаемых в процессе обучения;</p> <p>- основами педагогики в</p>	<p>Комплекты:</p> <p>1. Тестовых заданий.</p> <p>2. Практико-ориентированных заданий.</p>	Зачет, 1 год обучения

		работе со средним и младшим медицинским персоналом, педагогическими технологиями обучения медицинского персонала, педагогическими технологиями коммуникативного взаимодействия с пациентами и его родственниками.		
2.	ПК-9	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Умеет применять полученные знания в профессиональной деятельности; Владеет навыками проектирования эффективных профессиональных стратегий и т.д. навыками по использованию методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: тестовые задания.

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль включает задания на компетенции УК-1, УК-2, УК-3 , ПК-9. Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из 4-х предложенных.

Примеры:

1. ФУНКЦИЯ ПСИХИКИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ОБЩЕНИЕ:

- 1) коммуникативная;
- 2) убеждающая;
- 3) динамическая;
- 4) гуманистическая;

Правильный ответ: 1

2. КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- 1) средствами речевой коммуникации;
- 2) рефлексивной составляющей
- 3) средствами обучения;
- 4) знаниями

Правильный ответ: 1

3. МОДЕЛЬ МОРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА (ПО Р.ВИЧУ):

- А) сакральная;
 - Б) гуманистическая;
 - В) авторитарная;
 - Г) демократическая;
 - Д) оптимистическая.
- Правильный ответ: А*

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии дисциплины. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 50 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: практико-ориентированные задания.

2.2.1. Содержание

Используются для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9.

Примеры:

1. Психолого-педагогические основы коммуникаций Межличностные, коммуникативные навыки взаимодействия (УК-1, УК-2, ПК-9)

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и определите психолого- педагогические основы коммуникаций

Пациент Г. 37 лет на приеме у врача-стоматолога потребовал срочно удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Недовольный таким, по его мнению, надуманным промедлением, больной в раздражении покидает кабинет. В регистратуре его несколько успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о случившемся конфликте, новый врач, игнорируя стандарты технологии лечения, пошел «на поводу» у пациента и немедленно выполнил просьбу, удалив зуб без каких-либо предложений о лечении:

а) является ли эта ситуация конфликтной? Кого можно считать субъектами этого конфликта? Какие стратегии поведения они выбрали?

б) оцените эту ситуацию и ее возможные последствия с точки зрения конфликтолога и стоматолога-профессионала?

в) как бы вы поступили в подобном случае?

Эталон ответа: Данная ситуация является конфликтной. Субъекты конфликтной ситуации это субъекты социального взаимодействия, находящиеся в состоянии конфликта или же явно или неявно поддерживающие конфликтующих. В данной ситуации - врачи. По типологии данный конфликт - конфликт правил взаимодействия межличностный конфликт. Межличностный конфликт - конфликт между двумя, реже тремя или более

личностями (где каждый -«сам за себя»). Он обычно возникает, когда люди имеют разные ценностные ориентации, интересы, потенциальные возможности, взгляды на средства достижения цели и на правила взаимодействия, а также когда изменяются личные взаимоотношения партнеров. Преобладающая стратегия поведения в конфликте – конкуренция. *Конкуренция* — жесткий стиль решения конфликтов. Люди стоят на своем, защищая свою позицию, во что бы то ни стало стараются выиграть. Уверены, что всегда правы.

С целью обеспечения здоровья пациента. Необходимо выбрать стратегию-сотрудничества. тактика поведения, при которой на первое место ставится не решение конкретной конфликтной ситуации, а удовлетворение интересов всех ее участников.

Стратегия сотрудничества будет наиболее эффективной, если:

- *решение проблемы* очень важно для обеих сторон и никто не хочет полностью от него отстраниться;
- *есть время поработать* над возникшей проблемой;
- *стороны способны* изложить суть своих интересов и выслушать друг друга;
- *участники конфликта обладают* равной властью или хотят игнорировать разницу в положении для того, чтобы на равных искать решение проблемы.

2. *Формирование у пациентов мотивации к лечению (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9).*

Примеры:

Задание 1.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

Пациент 45 лет находится в течении месяца на лечении в кардиологическом отделении. Он очень сомневается во всех процедурах, которые ему проводят по назначению врача, не верит в успех лечения. При проведении процедур спорит с медсестрой, на лице часто ухмылка, может не явиться на назначенные исследования. Медсестра попыталась побеседовать с пациентом, но он не слушает ее, грубит, прячет глаза. Медсестре удалось выяснить в ходе беседы, что пациент имеет негативный опыт общения с медперсоналом.

Эталон ответа: Эффект общения – отрицательный трансфер.

Трансфер (перенос) – тенденция в настоящем видеть прошлое, прибегать к использованию старых способов восприятия и реагирования, исключая всякую новую информацию. Если трансфер существует, то он совершенно реален для человека и всякая противоречащая ему информация отвергается.

В клинической практике в случае наличия переноса клиент начинает взаимодействие с врачом как с кем-то другим (матерью, отцом, и др.). Для клиента это происходит бессознательно. Терапевт чувствует перенос по эмоциональным, поведенческим реакциям клиента, как оказываемое на него давление вести себя по отношению клиента так, чтобы это напоминало ему о прежних отношениях. Пациент сам не понимает, почему он «влюбляется» во врача или начинает его ненавидеть.

3. Фрейд усматривает в этом следующую причину: люди строят свои взаимоотношения в настоящем, воспроизводя эмоционально значимые аспекты и впечатления своего прошлого. Восприятие любого нового человека соотносится с субъективными представлениями, хранящимися в памяти.

Мы бессознательно оцениваем людей, используя тот опыт памяти, в котором заложены представления о наиболее значимых фигурах, которые когда-то оказали на нас определенное воздействие. Настоящее обычно представляет собой проекцию более ранних реакций, и этот механизм, формирующий то, что называется трансфером, лежит за пределами сознания.

Усилению трансферных реакций, проявлению эффекта «экрана проекций» способствуют:

- сохранение партнером внешней пассивности и нейтральности;
- проявление им заинтересованности вашей личной жизнью;
- его активное слушание вас.

Именно так чаще всего ведет себя врач, в особенности психотерапевт. Психодинамическая психотерапия специально направлена на работу с трансферными реакциями клиента (больного). Трансфер в психотерапевтической практике используется как способ, с помощью которого пациент вспоминает то, что забыл, то есть то, что является бессознательным источником его психологических страданий.

Задание 2.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В неврологическом отделении находится одинокая пациентка 75 лет, которая при беседе со знакомой рассказала, что постовая медсестра К. относится к ней не так, как к другим пациенткам. В палате часто присаживается к ней, рассказывает ей о своей дочке, оберегает ее от негативной информации, угощает ее собственной выпечкой.

Во время совместного чаепития медсестра К. рассказала, что 2 недели назад у нее умерла мама, и она очень тяжело переживает потерю близкого человека, а в пациентки она видит черты своей мамы и ей после общения с ней легче смирится с утратой.

Эталон ответа: Эффект общения – контртрансфер

Сам врач тоже может испытывать какие-то чувства по отношению к пациенту, исходящие из его прошлого. Это явление называется контртрансфером.

Контртрансфер усиливается во времена переживания стрессовых событий и неразрешенных конфликтов в жизни самого врача. Контртрансфер может быть рассмотрен как реакция на внутреннюю дисбалансировку, которая проявляется в виде гнева к клиенту, раздражения, боязни клиента.

Контртрансфер обладает громадной эмоциональной силой, которая может подорвать обычно доброжелательно-нейтральную позицию врача.

Сдерживание и переработка контртрансфера у опытного клинициста приводит к «расщеплению» в функционировании. В эти моменты одновременно действует и та «часть», которая реагирует чувственно, субъективно, и та «половина», которая наблюдает за происходящим честно и объективно.

Профессионал умеет вовремя заметить в себе особое эмоциональное состояние в связи с общением с партнером. Может различить когда это искусственное внедрение чего-то постороннего (в результате эмоционального заражения) или чувства другого вызывают какие-то его собственные ассоциации, переживания (механизм эмпатии), или общение с другим вызывает чувства, которые врач не связывает с собой, но которые являются проявлением его бессознательного и требуют проработки.

Наиболее трудным для начинающих врачей является умение сдерживать и анализировать эротические трансферы, которые стимулируют эротизированные контртрансферы. По данным ВОЗ процент врачей (вне зависимости от их специальности), имеющих эротические контакты с пациентами, достигает 5-10%. Запрет на интимные отношения с пациентами звучит в клятве Гиппократова, поскольку подобные явления ставят под угрозу процесс лечения.

Таким образом, в процессе общения с клиентами врач:

- отслеживает свое состояние, свои переживания;
- видит, слышит, чувствует, понимает своего партнера, его внутренний мир, ту информацию, которую он передает,
- отличает свое отношение к этой информации от своего отношения к клиенту,

– фиксирует особенности возникающих между ним и клиентом взаимоотношений и эффекты взаимодействия.

Задание 3.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В терапевтическом отделении на лечении находится женщина 50 лет. Женщина замужем, имеет двух дочерей, которые живут в другом городе и не имеют возможности часто навещать ее. Женщина очень чутко относится к своему здоровью, на процедуры приходит за 30-40 минут до назначенного срока, внимательно слушает и записывает все, что ей говорит медсестра. Делится с ней своими семейными проблемами. Ежедневно после процедур пытается отблагодарить ее небольшим подарком (шоколадкой, конфеткой).

Эталон ответа: Эффект общения – положительный трансфер

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (86-100)	Средний уровень (71-85)	Низкий уровень (56-70)	До 56 баллов
УК-1	Умеет <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	Умеет <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u> Владеет Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья	Умеет Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	Умеет <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u>

<p>УК-2</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>граждан</p> <p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
<p>УК-3</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую</p>	<p><u>Умеет</u> Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы</p>

	<p>психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><u>Владеет</u> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-мед сестра - пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p>психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент- мед сестра-», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач- мед сестра-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p>принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><u>Владеет</u> способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент мед сестра», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>
ПК-9	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает</u></p>	<p><u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u></p>

	<p><u>Владеет</u> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><u>отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>личности <u>Владеет</u> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p>Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
--	---	--	---	--

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

С помощью практико-ориентированных задач оценивается освоение обучающимися практических умений и опыта (владений).

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Зачет является формой заключительной проверки усвоения обучающимися теоретического материала и практических умений, опыта (владений) по дисциплине.

Условием допуска обучающегося к зачету является полное выполнение учебного плана данной дисциплины.

Зачет осуществляется в два этапа:

I. Тестовый контроль знаний.

Результаты тестирования оцениваются как «сдано», «не сдано».

II. Проверка практических умений, опыта (владений).

Время на подготовку – 40 мин. Ординаторы не имеют возможности использовать какие-либо информационные материалы. Время на ответ – не более 0,5 ч.

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

Зачет считается сданным при условии успешного выполнения обоих этапов.

Результаты сдачи зачета оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (репродуктивно- выборочного) УРОВНЯ
для промежуточной аттестации.

ЗАДАНИЯ С ВЫБОРОМ 1 ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ.

ИНСТРУКЦИЯ: подчеркните правильный ответ

1. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА – ЭТО НАУКА:

- А) о воспитании человека в современном обществе
- Б) о способах научного познания
- В) о психологических особенностях человека
- Г) о физиологических закономерностях развития личности
- Д) о подготовке учителя к работе в школе

2. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ОЗНАЧАЕТ:

- А) детовожделение
- Б) управление
- В) воспроизведение
- Г) закрепление
- Д) повторение

3. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) учение о принципах построения теории
- Б) методы педагогического исследования
- В) психологические особенности личности
- Г) человек развивающийся в процессе воспитания
- Д) междисциплинарные связи человекознания

4. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) целостный педагогический процесс
- Б) закономерности обучения
- В) воспитание творческой направленности личности
- Г) самообразование
- Д) самообучение

5. (УК-1, УК-3) ЗАДАЧИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) изучение педагогического опыта
- Б) исследование личностных особенностей
- В) внедрение образовательных законопроектов
- Г) создание библиотек
- Д) разработка электронных учебников.

6. (УК-1, УК-3) ФУНКЦИИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) познавательная
- Б) экономическая
- В) социальная
- Г) юридическая
- Д) политическая

7. (УК-1, УК-3) ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) общая педагогика
- Б) социология
- В) политология
- Г) квалитология
- Д) психология

8. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) педагогическое наблюдение
- Б) изучение успеваемости
- В) исследование межличностных отношений
- Г) выдвижение гипотезы
- Д) изучение литературы.

9. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ - ЭТО:

- А) связи между условиями и достигнутыми результатами
- Б) отношения между субъектами образовательного процесса
- В) обученность
- Г) реализация инноваций
- Д) творчество педагогов

10. (УК-1, УК-3) РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- А) прогресс науки и техники.

- Б) биологический закон сохранения рода.
- В) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- Г) повышение роли воспитания в общественной жизни
- Д) социально- экономические преобразования.

11. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА ИЗУЧАЕТ:

- А) развитие и функционирование психики ребенка
- Б) взаимоотношениями между родителями и детьми
- В) закономерности, принципы, методы и формы обучения и воспитания человека
- Г) механизмы передачи знаний от поколения к поколению
- Д) процессы преобразования общества

12. (УК-1, УК-3, ПК-9) ВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- В) формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.
- Г) процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов
- Д) передача культурных традиций подрастающему поколению.

13. (УК-1, УК-3, ПК-9) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) двухсторонний образовательный процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков.
- В) объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- Г) целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.
- Д) формирование представлений об окружающей действительности.

14. (УК-1, УК-3) ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) объективно существующие связи между педагогическими явлениями
- Б) адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
- В) варианты организации конкретного воспитательного процесса
- Г) управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
- Д) совокупность педагогических мероприятий.

15. (УК-1, УК-3) ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- А) противоречие индивидуального морального сознания
- Б) противоречие общественного развития
- С) противоречие между умственным и физическим трудом
- Д) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
- Е) расхождение ценностных ориентаций

16. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ - ЭТО:

- А) общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
- Б) способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведения воспитанников

- В) предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
- Г) внешнее выражение процесса воспитания
- Д) варианты организации конкретного воспитательного процесса

17. (УК-1, УК-3) ПОЩРЕНИЕ - ЭТО:

- А) способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
- В) неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности
- С) привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений
- Д) эмоционально-словесное воздействие на воспитанников
- Е) яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий.

18. (УК-1, УК-3) ФОРМА ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) организационная структура
- Б) педагогическое действие
- В) мероприятие, в котором реализуются задачи
- Г) содержание и методы конкретного воспитательного процесса
- Д) воздействие на воспитуемых.

19. (УК-1, УК-3) ПЕРЕВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам
- Б) специально организованная познавательная деятельность
- В) адаптация человека к различным ценностям
- Г) воспитание правил хорошего тона и культуры поведения
- Д) воспитание чувства национального достоинства

20 (УК-1, УК-3, ПК-9) МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА - ЭТО:

- А) междисциплинарная область теории и практики клинической психологии,
- Б) педагогическая составляющая профессионального образования
- В) наука, изучающая особую сферу деятельности человека
- Г) наука о психофизиологических особенностях детей
- Д) научная отрасль знания связанная с лечением

21. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) область действительности, которую исследует наука
- Б) особые явления действительности
- В) медицинское образование
- Г) лечебный процесс
- Д) процесс реабилитации

22. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) педагогический процесс
- Б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса
- В) инновационные технологии в медицине
- Г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс
- Д) педагогическая ситуация.

23. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- А) приемы работы по организации процесса обучения

- Б) тезисы теории и практики обучения и образования
- В) основные положения теории обучения
- Г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- Д) условия педагогического процесса.

24. (УК-1, УК-3) ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- А) единство воспитания и обучения
- Б) взаимодействие школы, семьи и общественности
- В) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- Г) обучение и воспитание
- Д) совместная система всех институтов воспитания

25. (УК-1, УК-2, УК-3) ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- А) нейтральный
- Б) либеральный
- В) авторитарный
- Г) оппозиционный
- Д) демократический

26. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ - ЭТО:

- А) результат процесса воспитания
- Б) результат процессов социализации и адаптации
- В) механизм социокультурной среды по приобщению к общечеловеческим ценностям
- Г) результат получения системы знаний, умений, навыков
- Д) процессуальная деятельность.

27. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ СФОРМУЛИРОВАЛ:

- А) Песталоцци И.Г.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Монтень М.
- Г) Ушинский К.Д.
- Д) Руссо Ж-Ж.

28. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИКА – ЭТО:

- А) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах.
- Б) искусство, «детоводческое мастерство».
- В) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения.
- Г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления.
- Д) научная отрасль педагогики

29. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно-познавательной деятельности
- Б) наука о получении образования,
- В) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели.
- Г) категория философии, психологии и педагогики
- Д) двухсторонний процесс обучения

30. (УК-1, УК-3) СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) целевой,
- Б) положительный
- В) отрицательный
- Г) качественный
- Д) комплексный

31. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- А) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- Б) основные требования
- В) исходные положения
- Г) руководство к действию
- Д) воспитательные возможности.

32. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) наглядность обучения
- Б) активизация межличностных отношений
- В) познание закономерностей окружающей действительности
- Г) обеспечение конкурентоспособности
- Д) инновационность обучения

33. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ И УЧЕНИЕ - ЭТО

- А) категории обучения.
- Б) методы обучения.
- В) формы обучения.
- Г) средства обучения.
- Д) приемы обучения.

34. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- А) общепредметные, предметные и модульные.
- Б) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- В) общепредметные и предметные.
- Г) предметные и модульные.
- Д) интегративные и комбинированные.

35. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- А) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- Б) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- В) формы организации обучения
- Г) организация учебного пространства
- Д) содержание педагогического процесса

36. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- А) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- Б) инструментарий достижения цели обучения.
- В) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- Г) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- Д) совокупность методов и приемов обучения

37. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- А) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.
- Б) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- В) средство самообучения и взаимообучения.
- Г) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- Д) условия обучения.

38. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- А) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- Б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- В) внедрение научно- исследовательских проектов
- Г) активизация мотивации к обучению
- Д) совокупность интерактивных методов обучения

39. (УК-1, УК-3) КАТЕГОРИЕЙ ДИДАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) нравственное воспитание
- Б) процесс обучения
- В) цель воспитания
- Г) социализация личности
- Д) воспитание

40. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) беседа
- Б) демонстрация картин, иллюстраций
- В) продуктивная деятельность
- Г) упражнения
- Д) компьютерные средства

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- А) опрос учащихся
- Б) рассматривание картин
- В) тренинг
- Г) рассказ
- Д) объяснение

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- А) деятельностный
- Б) синергитический
- В) системный
- Г) интегративный
- Д) комплексный

41. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ КАК СОТВОРЧЕСТВО УЧИТЕЛЯ И УЧЕНИКА РАССМАТРИВАЛ:

- А) Шаталов В.П.

- Б) Коменский Я.А.
- В) Крупская Н.К.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Больнов В.Е.

41. (УК-1, УК-3) СИСТЕМУ ПРИНЦИПОВ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:

- А) Выготский Л.С.
- Б) Занков Л.С.
- В) Леонтьев А.Н.
- Г) Лернер И.И.
- Д) Махмутов

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ СЛУХА ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

42. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

43. (УК-1, УК-3) ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТЕОРИИ «СВОБОДНОГО ВОСПИТАНИЯ»

- А) Монтессори М.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Ушинский К.Д.
- Г) Крупская Н.К.
- Д) Изард И.

44. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - ЭТО

- А) процесс оказания помощи учащимся в выборе профессии в соответствии со способностями, склонностями и рынком труда.
- Б) работа по итогам которой определяются умения. навыки
- В) совокупность различной направленности общественных мероприятий
- Г) профессиональная подготовка
- Д) деятельность направленная на результат.

45. (УК-1, УК-3) САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ – ЭТО:

- А) стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей
- Б) стремление человека достичь результата
- В) творческий процесс развития
- Г) стремление человека реализовать способности
- Д) целенаправленная деятельность

46. (УК-1, УК-3) САМООБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования
- Б) образование через всю жизнь
- В) систематическое обучение
- Г) воспитательно - образовательная деятельность
- Д) личностная значимость человека.

47. (УК-1, УК-3) СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- А) процесс социального развития человека под влиянием всей совокупности факторов социальной жизни
- Б) усвоение опыта предшествующих поколений
- В) адаптация личности
- Г) индивидуальное развитие человека
- Д) становление личности, приобретение ею совокупности устойчивых свойств и качеств

48. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- А) передача учащимся знаний, умений, навыков
- Б) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- В) управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
- Г) реализация принципа связи теории и практики
- Д) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

49. (УК-1, УК-3) КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- А) проверка результатов самообучения.
- Б) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- В) система оценочно-отметочной деятельности,
- Г) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- Д) метод обучения

50. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения
- Б) предметная поддержка учебного процесса
- В) система приобретенных в процессе обучения знаний, умений и навыков
- Г) способ сотрудничества учителя и учащихся
- Д) квалификационная характеристика выпускника

51. (УК-1, УК-3) КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) способность применять знания для решения профессиональных задач
- Б) совокупность знаний, умений и навыков
- В) способность активно действовать
- Г) желание использовать полученные знания
- Д) активность личности

52. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) интегральная характеристика личности
- Б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии
- В) мастер своего дела
- Г) профессиональное умение
- Д) способность постоянно развиваться

53. (УК-1, УК-3) ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- А) общекультурные, профессиональные
- Б) индивидуально – личностные
- В) социологические
- Г) предметные
- Д) дисциплинарные

54. (УК-1, УК-3) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- А) нормативно - правовой законодательный документ
- Б) основа формирования профессионализма
- В) совокупность компетенций
- Г) регламентирующий проект
- Д) процесс обновления системы образования

55. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА СОТРУДНИЧЕСТВА - ЭТО:

- А) направление в советской педагогике 2-ой половины 20 в.
- Б) форма коллективной работы учащихся
- В) объект деятельности учителя
- Г) научная теория Я.А. Коменского
- Д) метод обучения.

56. (УК-1, УК-3) ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА:

- А) принимает воспитанника таким, какой он есть
- Б) навязывает сложившиеся установки
- В) стремится изменить воспитанника
- Г) исходит из приоритетности знаний педагога
- Д) руководствуется запросами практики.

57. ПЕДАГОГИКА СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) идеологизацией методологических оснований
- Б) неклассовым подходом к воспитанию
- В) интеграцией в мировой практике
- Г) отсутствием идеологической борьбы с педагогикой развитых стран
- Д) рекламированием отечественных достижений.

58. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИП ПРИРОДОСООБРАЗНОСТИ СФОРМУЛИРОВАН:

- А) Ушинским К.Д.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Дж.Локком
- Г) Коменским Я.А.
- Д) Дистервергом

59. (УК-1, УК-3) АВТОР ТРУДА «ВЕЛИКАЯ ДИДАКТИКА»:

- А) Крупская Н.К.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Корчак Я.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Тихеева Е.И.

60. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЕМЬЯ-ЭТО:

- А) брак двух людей
- Б) начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности
- В) образование, в котором человек целиком проявляется во всех отношениях
- Г) социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей
- Д) малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой

61. (УК-1, УК-3, ПК-9) КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ:

- А) отсутствие доброжелательных взаимоотношений
- Б) сужение кругозора родителей
- В) преобладание гражданских браков
- Г) свобода заключения и расторжения брака
- Д) падение авторитета и роста конфликтности с ними

ЗАДАНИЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ

1 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1 год	а) сюжетная игра
2 года	б) манипуляции с игрушками
3 года	в) сюжетно-отобразительная

2 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1. 3–4 года	а) игровая
2. 4–5 лет	б) бытовая
3. 5–7 лет	в) конструктивная
	г) трудовая
	д) учебная
	е) изобразительная

3 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Характерные особенности действий с предметами
1. 3–4 года	а) моделирующие действия восприятия
2. 5–6 лет	б) интериоризация действий
3. 6–7 лет	в) систематическое планомерное обследование
	г) зрительное восприятие
	д) планомерное, последовательное обследование
	е) рассматривание, выделение отдельных частей, признаков

4 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ, МЫШЛЕНИЯ(УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Сочетание речи, практических действий, мышления
1. 3–4 года	а) речь — умственное действие
2. 4–5 лет	б) практическое действие — речь
3. 5–7 лет	в) практическое действие одновременно с речью
	г) умственное действие — речь — практическое действие

5 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГРУППАМИ И ВИДАМИ ЧУВСТВ(УК-1, УК-2, УК-3)

Группы чувств	Виды чувств
1. Интеллектуальные	а) любопытство
2. Эстетические	б) чувство комического
3. Моральные	в) удивление
	г) дружба
	д) любознательность
	е) чувство прекрасного
	ж) гордость
	з) чувство нового
	и) чувство героического
	к) чувство стыда
	л) чувство юмора

6 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГОТОВНОСТЬЮ К ШКОЛЕ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ:

Готовность к школе	Характеристика
1. Социально-личностная	а) принятие позиции школьника
2. Интеллектуальная	б) отношение к школе
3. Эмоциональная	в) ориентация в окружающем мире
4. Волевая	г) желание узнать новое
	д) соподчинение мотивов
	е) умение организовать рабочее место
	ж) умение общаться
	з) сенсорное развитие
	и) радостное ожидание начала обучения
	к) умение сочувствовать
	л) стремление достичь результата

7 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЦЕЛЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Цели воспитания	Характеристика целей воспитания
1) частные (рабочие)	а) указывают главное направление воспитательной деятельности всех учреждений образования, определяют характер педагогического воздействия на личность
2) общие (генеральные)	б) связаны с решением определенных воспитательных задач на различных этапах формирования личности
3) личные	в) цели конкретного воспитательного мероприятия, учебного занятия; направлены на формирование определенных знаний, конкретных способов мышления и деятельности
4) конкретные (оперативные)	г) учет этих целей придает процессу образования гуманистический, лично ориентированный характер

8 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТЕОРИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Теории образования	Сущность теории образования
1) Теория материального образования	а) цель – развитие не столько академических знаний, сколько развитие ума, способностей к мыслительным операциям, логическому мышлению
2) Теория формального образования	в) главная цель – передать ученику как можно больше знаний из разных областей науки

9 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРИНЦИПАМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ СОДЕРЖАНИЕМ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Принципы обновления содержания образования	Характеристики принципов обновления содержания образования
1) Гуманитаризация	А) расширение образовательного выбора обучающегося
	Б) организация профильных лицейских классов
	В) более полный учет интересов, возможностей и индивидуальных особенностей учащихся
2) Дифференциация	Г) учет при изучении естественнонаучных и математических дисциплин социальных и общекультурных смыслов и взаимосвязей изучаемых объектов и явлений
3) Гуманизация	Д) обновление содержания обучения в контексте развития мировой культуры
	Е) определение минимального уровня усвоения знаний, умений, навыков по каждому учебному предмету, обеспечивающего базовый уровень общего среднего образования
4) Стандартизация	Ж) унификация содержания обучения
	З) включение сведений из истории развития науки в содержание учебных дисциплин

10 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДАМИ И ПРИЕМАМИ ОБУЧЕНИЯ. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9)

Методы обучения	Приемы обучения
1.Рассказ	а) последовательное раскрытие причинно-следственных связей
2.Объяснение	Б) использование задач на применение знаний на практике в различных (возможно, усложняющихся) ситуациях
3.Упражнение	В) организация учителем самостоятельного поиска учащихся
4.Дискуссия	Г) риторические вопросы преподавателя
5.Частично-поисковый	Д) направление учителем учащихся при поиске решения проблемы с помощью дополнительных вопросов
6.Исследовательский	Е) свободное обсуждение проблем

11 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ОБУЧЕНИЯ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Тип обучения	Сущностные характеристики и признаки
1) Проблемное обучение	а) постановка проблемных задач Б) зона ближайшего развития личности ребенка
2) Развивающее обучение	В) ученик – субъект познания, собственной жизнедеятельности, культуры в целом Г) усвоение не только конкретных знаний и действий, но и овладение умениями конструировать учебную деятельность и управлять ею Д) создание на уроках учебно-социальных ситуаций Е) опора на опыт личности обучающегося
3) Личностно ориентированное обучение	Ж) частично – поисковый метод З) содержанием обучения выступают теоретические знания и обобщенные способы их применения при решении учебных задач

12 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СПОСОБАМИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Способы учебной деятельности	Основные характеристики учебной деятельности
1) Коллективная	а) взаимообучение
2) Индивидуально-обособленная	Б) пары сменного состава В) общеклассная форма обучения
3) Парная	Г) индивидуальная форма обучения (работа «один-на-один»)
4) Групповая	Д) фронтальная

13 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОДХОДАМИ К ВОСПИТАНИЮ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Подходы к осуществлению воспитания	Используемые термины и определения

1) Технократическая педагогика	А) «функциональный человек» Б) самоактуализация человека В) принцип модификации поведения учащихся Г) саморазвитие Д) манипулирование
2) Гуманистическая педагогика	

14 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАПРАВЛЕНИЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ЗАДАЧАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Направление воспитания	Задачи воспитания
1) Идеологическое воспитание	а) формирование социальной активности и ответственности
	Б) развитие потребностей в самовоспитании
2) Гражданское и патриотическое воспитание	В) привитие основополагающих ценностей, идей, убеждений, отражающих сущность белорусской государственности
	Г) развитие потребностей в саморазвитии
	Д) формирование психологической культуры личности
3) Воспитание культуры самопознания и саморегуляции личности	Е) формирование правовой, информационной, политической культуры обучающихся
	Ж) воспитание патриотизма
	З) освоение учащимися знаний о мировоззренческих основах идеологии белорусского государства

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ для промежуточной аттестации

Задание 1

Семинар по иностранному языку. Перед преподавателем не только его группа, но и группа заболевшего преподавателя. Ребята ведут себя отвратительно: говорят в полный голос, ругаются, перекидываются записками, самолетиками и т. д.

Особенно выделяется один юноша. Преподаватель, стараясь не обращать внимания, ведет семинар, время от времени грозя всей галерке двойками. Очередное задание – подготовить пересказ текста. Через какое-то время преподаватель спрашивает самого шумного студента, готов ли он к пересказу. Тот отвечает, что может пересказать только первое предложение.

Преподаватель : «Значит, я ставлю тебе два».

Студент: «Нет, в таком случае я перескажу».

Преподаватель : «Поздно. Раньше надо было думать»

Студент: «Да я перескажу».

Такая перепалка продолжается еще несколько минут, в результате преподаватель ставит 46 баллов, а студент, уходит из аудитории, хлопает дверью.

Преподаватель , ничего не сказав, продолжает занятие.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя,
- пути более эффективного решения конфликтной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 2

Практическое занятие по иностранному языку.

Преподаватель просит тянущего руку студента начать чтение текста. Юноша заикается, и, чем больше он волнуется, тем сильнее. Возникает заминка.

Преподаватель ждет некоторое время, наблюдая за попытками юноши преодолеть первое слово, а затем начинает кричать, что он наверняка опять не сделал домашнее задание.

В аудитории кто-то начинает посмеиваться, кто-то опускает глаза. Юноша испуганно «прожевывает» трудное слово и пытается читать дальше.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите эффективные пути решения выхода из конфликтной ситуации.
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 3

В студенческой группе есть студент с ограниченными возможностями здоровья, и студенты из группы не упускают случая поиздеваться над физически и психологически неразвитым студентом.

Когда преподаватель спрашивает его, он запинаясь, боясь, что все будут лишь смеяться над его ответом. Преподаватель только вздыхает, упрекает и ставит 42 балла.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите формы, методы взаимодействия преподавателя с данным студентом и с группой
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 4

На семинаре с конца ряда передается записка. Студенты, молча читают ее, смотрят на потолок и хихикают, после чего передают записку дальше, не особо скрывая ее от преподавателя. Преподаватель видит записку, забирает ее, разворачивает и видит сообщение «*посмотри на потолок*». Он смотрит на потолок, в это время группа разражается взрывом хохота.

Преподаватель выходит из себя. Пытается узнать, кто был инициатором этой идеи, грозит поставить плохие отметки.

Задание:

- как Вы думаете, чего хотели добиться студенты, создавая данную ситуацию
- как Вы считаете, как должен был поступить преподаватель в данной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 5

Семинар. Примерно за 10 минут до конца урока, преподаватель вызывает к доске студента. Он должен решить задачу.

Звонит звонок. Преподаватель просит всех выйти из аудитории, а студента остаться и решить задачу. Но студенты группы не уходят, а обступают студента, который стоит у доски. Звучат реплики: «Это же элементарно» и т. д. В результате это начинает раздражать студента, и он просит преподавателя, что бы она попросила остальных выйти из аудитории.

Преподаватель подходит к толпе и смотрит на доску: Вы даже задачу не можете правильно переписать». Студенты начинают смеяться, а юноша хватается за рюкзак и выбегает из аудитории

Задание:

- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 6

Студент отвечает на вопросы преподавателя. Материал он знает, но не может его подать; веселит своим ответом остальную группу и преподавателя. Юноша доволен собой и продолжает в том же духе. Когда ему ставят «4», он не понимает за что: он отвечал, преподаватель ему улыбался, – значит, ему нравился ответ.

На его недоумение преподаватель отвечает, что он допустил много ошибок. Студенты группы заступились за него и попросили поставить «5», но преподаватель остался при своем мнении. Юноша обиделся.

Задание:

- какие методы могут нормализовать отношения преподавателя и отвечающего студента
- как Вы думаете, преподаватель должен реагировать на обиду студента
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 7

Идет лекция, преподаватель рассказывает новую тему, а студент не слушает его и играет в телефон.

Задание:

- Ваши действия на данную ситуацию

Задание 8

Несколько студентов опоздали на урок на 15 минут...

Задание:

- перечислите педагогические методы, которые возможно использовать в данной ситуации.

Задание 9

В самом начале занятия или уже после того, как вы провели несколько занятий, студент заявляет вам: «Я не думаю, что вы, как педагог, сможете нас чему-то научить».

Задание:

- как должен поступить преподаватель в данной ситуации.

Задание 10

Преподаватель дает студенту задание, а тот не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!»

Задание:

- определите наиболее эффективные методы, приемы урегулирования отношений
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 11

Студент разочарован своими учебными успехами, сомневается в своих способностях и в том, что ему когда-либо удастся как следует понять и усвоить материал, и говорит преподавателю: «Как Вы думаете, удастся ли мне когда-нибудь стать хорошим врачом и не отставать от остальных студентов на курсе?»

Задание:

- Продолжите диалог
- Какие методы и приемы Вы рекомендуете использовать

Задание 12

Студент говорит о том, что данный предмет ему в профессиональной деятельности не пригодится и учить он его не хочет.

Задание:

- определите методы убеждения
- укажите приемы формирования профессиональной компетенции

Задание 13

«Раньше я была очень слабой и доброй. Я не умела ни выразиться крепко, ни защитить себя. Сейчас я совсем другая, все меня побаиваются... Можно быть талантливым, даже трижды талантливым, но если при этом у тебя нет хоть чуть-чуть жестокости, если ты не сильная личность, то ты ломаного гроша не стоишь... Наше время – это время сильных людей, которые умеют отстаивать свое место в жизни».

«Мне кажется, что я могу ответить на вопрос: почему мои сверстники не хотят особенно чего-то достигать, что-то делать, из-за чего-то стараться.

Для нас не существует этого «чего-то»... Если бы мы жили в период войны, мы были бы другими. Тогда всем все было ясно – или ты честный защитник своей Родины, или ты предатель. А сейчас что защищать, кого?»

Вопросы и задания

1. О чем свидетельствуют эти суждения?
2. Сравните суждения и сделайте выводы.
3. Что можно сказать о ценностных ориентациях молодежи?
4. Какие педагогические советы можно дать в первом и во втором случае?

Задание 14

В один дом был приглашен на семейное торжество очень способный молодой человек. Собралось много гостей, и все долго не садились, дожидаясь его. Но он опаздывал. Так и не дождавшись, утомившиеся гости наконец заняли свои места. Юноша явился спустя час. Он не пытался извиниться за опоздание, лишь весело бросил на ходу: – Встретил знакомого, знаете (он небрежно назвал имя известного ученого), да и заболтался. Потом он, с трудом протискиваясь между мебелью и причиняя неудобство гостям, обошел стол и каждому сидящему фамиллярно протягивал руку. За столом вел себя оживленно, говорливо и на весь вечер завладел застольной беседой. Другим он почти не давал и рта раскрыть – говорил сам или комментировал каждое слово окружающих.

Вопросы и задания

1. Дайте оценку поведения юноши.
2. Что необходимо знать каждому человеку об общении с людьми?
3. Что может служить причиной такого типа поведения молодого человека?

4. Что бы вы делали, оказавшись в компании такого человека?

Задание 15

Мы много спорили с подругой – какую профессию выбрать. И то вроде не подходит, и это...

– Я точно знаю, куда не пойду: в учителя – не хочу портить нервы; не пойду в химическое производство, так как от общения с химическими препаратами можно потерять здоровье; на фабрику не пойду, так как там превратишься в робота, выполняя механическую и однообразную работу. Я хочу, чтобы на моей работе не портилось здоровье и было интересно. Хотелось, чтобы она была связана с животными и большим количеством поездок.

– Тогда тебе нужно идти работать мед. представителем! – воскликнула подруга и добавила, – а по мне – лишь бы получать прилично.

Я потом долго думала. Сомневаюсь, есть ли у меня талант для мед. представителя. Может быть, подруга права, и, если нет призвания, надо думать о зарплате?

Вопросы и задания

1. Каковы мотивы выбора профессии у девушек?
2. Какой прием педагогического воздействия был использован в данной ситуации?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Приложение 1

к рабочей программе дисциплины
Патология (модуль: Клиническая
патофизиология)

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Клиническая патофизиология»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Клиническая патофизиология)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патофизиологических исследований в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патофизиологии с учётом возрастных особенностей организма; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности, на основе современных объективных клинко-физиологических, клинко-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов; <p>Владет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики нарушений в системе терморегуляции, воспаления, синдроме полиорганной недостаточности при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов обследования пациентов; - основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>

		исследования		
--	--	--------------	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - a) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - b) Угнетение гемопоэза
 - c) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - d) **Развитие иммунного ответа**
2. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

А.адреналин.

Б норадреналин

- 1.увеличение систолического давления
- 2.увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
3. расслабление бронхиальной мускулатуры
4. мидриаз
- 5 снижение диастолического давления
6. увеличение диастолического давления.
- 7.рефлекторная брадикардия.

Отв А.1.2.3.5 Б 1.6.7

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5):

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до 39,8⁰С. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Ответ:

В данном случае полиурия сопровождала *I стадию лихорадки* (стадию повышения температуры). Подъем температуры тела при лихорадке происходит, главным образом, за счет спазма периферических сосудов (при этом значительно уменьшается теплоотдача). В то же время, ограничение артериального притока к коже приводит к перераспределению крови в сосудистом русле и централизации кровотока → повышается гидростатическое

давление в аорте → увеличивается эффективное фильтрационное давление → возрастает диурез.

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермиттирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали.

Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов.

При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут.

Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65мм/час, Hb 90г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17.

Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, но совершает отдельные ошибки	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать под руководством преподавателя результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных	<u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности и на основе современных

	<p>объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>	<p>клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>современных объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p>объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов по специальности</p> <p><u>Не владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>
--	--	---	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Клиническая патофизиология) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

Выберите один верный ответ.

2. Какого механизма воздействия цитокинов не существует?
 - a) Аутокринный
 - b) Дистантный
 - c) Мезокринный
 - d) Паракринный
3. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - e) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - f) Угнетение гемопоэза
 - g) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - h) Развитие иммунного ответа
4. С увеличения продукции какого гормона начинается стресс-реакция?
 - a) АКТГ
 - b) СТГ
 - c) Вазопрессин
 - d) Окситоцин
5. К «продромальному синдрому» не относят?
 - a) Лихорадка
 - b) Запоры
 - c) Миалгии, артралгии
 - d) Общая слабость, разбитость
6. К объективным проявлениям ответа острой фазы относится?
 - a) Гипогаммаглобулинемия
 - b) Гипоальбуминемия
 - c) Снижение СОЭ
 - d) Лейкопения
7. С какой стадии начинается ДВС-синдром?
 - a) Коагулопатия потребления
 - b) Гипокоагуляции
 - c) Гиперкоагуляции и тромбообразования
 - d) Интенсивное потребление факторов системы гемостаза
8. Какие провоспалительные цитокины являются ключевыми?
 - a) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- β
 - b) ИЛ-1, ИЛ-10, ФНО- β
 - c) ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α
 - d) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α
9. Какого механизма развития дыхательной недостаточности при «дефиците сурфактанта» не существует?
 - a) Альвеолярная гиповентиляция
 - b) Нарушение перфузии легких
 - c) Повышение диффузионной способности альвеоло-капиллярных мембран
 - d) Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
10. Особенности углеводного обмена при СПОН являются?
 - a) Усиление глюконеогенеза
 - b) Усиление глюкогенолиза
 - c) Снижение использования глюкозы тканями

- d) Повышение использования глюкозы тканями
11. К проявлениям 2 стадии ДВС-синдрома относят?
- a) Гиперфибриногенемия
 - b) Повышение концентрации в крови антитромбина 3
 - c) Кровотечение из поврежденных сосудов
 - d) Значительный тромбоцитоз

Сопоставьте термин и определение

12. Механизм действия цитокинов:

- 1. аутокринный
 - 2. паракринный
 - 3. дистантный
- A. действие на продуцирующую клетку
B. действие на близрасположенные клетки
B. действие на расстоянии за счет кровотока.
Г. Эндокринный.

13. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

- A. адреналин.
B. норадреналин
- 1. увеличение систолического давления
 - 2. увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
 - 3. расслабление бронхиальной мускулатуры
 - 4. мидриаз
 - 5. снижение диастолического давления
 - 6. увеличение диастолического давления.
 - 7. рефлекторная брадикардия.

14. Разделите белки острой фазы на группы:

- A. негативная
B. позитивная
- 1. церулоплазмин
 - 2. альбумин
 - 3. трансферрин
 - 4. C3 комплемент

15. Стадии развития РДС и их характеристики:

- A. 1 стадия
B. 2 стадия
B. 3 стадия
- 1. тахикардия. тахипноэ
 - 2. одышка в покое
 - 3. спутанность сознания
 - 4. на рентгенограмме усиление легочного рисунка
 - 5. на рентгенограмме слияние очаговых теней
 - 6. эйфория
 - 7. ослабление дыхания аускультативно

Выберите все верные ответы

16. Перечислите дистантные эффекты цитокинов:

- А. адгезия лейкоцитов
- Б.склонность к кровотечению.
- В.пролиферация лимфоцитов
- Г.активация белков острой фазы
- Д.ускорение роста
- Е. нарушение памяти

17. Перечислите белки острой фазы, количественные изменения которых связано как с дефицитом или избытком железа, так и с воспалением.

- А.трансферрин
- Б.гаптоглобин
- В церулоплазмин
- Г.СРБ
- Д лактоферрин

18. Характеристика ответа острой фазы:

- А. лейкопения
- Б.гипоальбуминемия
- В.увелочение СОЭ
- Г моноцитоз
- Дгипергаммаглобулинемия

19.Стимулянты синтеза сурфактанта:

- А. катехоламины
- Б.инсулин
- В.глюкокортикоиды
- Г.Эстрогены
- Д андрогены

20.Перечислите стадии ДВС в порядке появления:

- А. Тромбообразование
- Б гиперкоагуляция
- В Гипокоагуляция
- Г коагулопатия потребления

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до 39,8⁰С. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-

вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали.

Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов.

При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут.

Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65 мм/час, Hb 90 г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17.

Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

Задача 3. Мальчик М. 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на заложенность и выделения из носа, чихание.

Впервые вышеуказанные симптомы появились 2 года назад в апреле. Мальчика беспокоил сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли местно. В июне симптомы заболевания прекратились. Мать ребенка страдает экземой, а у самого ребенка до 3 лет отмечался атопический дерматит.

При осмотре: мальчик нормального телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, мальчик чихает, почесывает нос. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирована, слезотечение. Одышки нет. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задания:

1. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

Задача 4. Больная Л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. ГОСТ в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л

Задания:

3. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?

3. Объясните механизм нарушений.

Задача 5. Пациенту, обратившемуся к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,8 Т/л	56 г/л	?	0,2 %	300 Г/л

Анизоцитоз +++ (микрочиты)

пойкилоцитоз +++

Проэритроциты - единичные

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5- 9,0Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
3,6 Г/л	-	3	-	-	4	56	29	8

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) -15 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Содержание железа в плазме крови 160 мкг/л (в норме 1000 мкг/л или 2,86 мкмоль/л)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 6. Пациенту, находящемуся в реанимационном отделении, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,5 Т/л	60 г/л	?	5,5 %	280 Г/л

Анизоцитоз ±

Проэритроциты - 4-5 на 100 клеток

Полихроматофилия ++

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		

Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
15,2 Г/л	1	2	1	8	13	57	12	6

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 7. При исследовании крови у пациента онкологического отделения получены следующие результаты:

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
	0,022- 0,095 Г/л	0,045- 0,07 Г/л	-	-	0,045- 0,47 Г/л	2,23 - 6,8 Г/л	0,81 - 3,6 Г/л	0,09- 0,5 Г/л
11 Г/л	-	1	-	-	8	61	26	4

токсогенная зернистость в цитоплазме лейкоцитов

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж.2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующей классификации

Задача 8. У больного отмечается отсутствие реакции больного на просьбу, произнесенную обычным или громким голосом, и выполнение ее в ответ на тихую или шепотную речь.

Задание:

- 1) Объясните механизм данного симптома

Задача 9. У больного 52 лет, директора школы, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъемами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку, лопатку, длится 3-5 мин, проходит после приема нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в сутки, дважды возникали в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки принимал до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания, рост 165 см, масс тела – 90 кг, цианоза нет. ЧД – 18 в 1 мин. Легкие без патологии. Границы сердца не

расширены. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС-82 уд/мин. АД –130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

В крови: холестерин – 7,5 ммоль/л (норма –5,6 ммоль/л). Тропониновый тест отрицательный.

Задания:

- 1) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
- 3) Объясните механизм нарушений.

Задача 10. У пациента 42 лет с приобретенным пороком митрального клапана (недостаточность митрального клапана) в результате ранее перенесенного ревматизма обнаружены изменения: расширение границ сердца, увеличение печени, асцит, снижение суточного диуреза, выраженные отеки нижних конечностей; в крови - увеличение уровня альдостерона.

Задания:

- 1) Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы.
- 2) Обоснуйте механизмы возникших изменений.

Принципы патогенетической терапии.

Задача 11. Больная С., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, боли в поясничной области, отеки на лице, общую слабость. Месяц тому назад перенесла ангину.

При поступлении АД - 180/110 мм. рт. ст. Анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, лейкоциты – 12,6 Г/л, СОЭ - 28 мм/час. В моче – выраженная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия.

Задания:

- 1) О каком патологическом процессе идет речь? Обоснуйте свое заключение.

Каковы причины и механизмы повышения артериального давления в данном случае?

Задача 12. Пациент М., 62 лет. Жалуется на тяжесть в голове, пошатывание при ходьбе, периодическую тошноту, пелену перед глазами. Около 5 лет назад при профилактическом осмотре отмечено повышение артериального давления. Были назначены гипотензивные препараты, которые не дают эффекта. АД сам не измеряет.

При обследовании: выглядит старше своих лет, повышенного питания, индекс массы тела 32,6 кг/м². Границы сердца не расширены, при аускультации сердца: 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум в проекции правой почечной артерии (от середины расстояния от пупка до мечевидного отростка 3 см вправо). Пульс 84 в минуту, ритмичный, напряженный, резистентность лучевой артерии повышена. АД 240/125 мм рт. ст. Моча без изменений. УЗИ почек: левая почка 11,5 X 6,4; правая 10,2 X 5,4, чашечно-лоханочная система не расширена.

Задания:

- 1) Развитие какой формы патологии можно предположить у пациента?
- 2) Объясните механизмы изменений.

Задача 13. На производстве произошел взрыв воспламеняющегося вещества. Находившийся рядом рабочий, 32 лет, взрывной волной был отброшен на несколько

метров. Одежда загорелась. При осмотре врачом СМП: выявлены ожоги I – II – III степени лица, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки.

Больной в сознании, заторможен. Жалобы на боли в местах, пораженных пламенем, сильные боли в животе. Цианоз и акроцианоз. Голос «осиплый». На задней стенке глотки следы копоти, OD = OS. Дыхание самостоятельное, затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧДД –30 – 32/мин. Аускультативно с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные. АД 100/40 мм рт. ст. Пульс 132 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот при пальпации напряжен, болезненный, особенно в эпигастрии.

Задания:

- 1) Какую форму патологии можно предположить в данном случае? Объясните механизмы основных проявлений.

Задача 14. Мужчина К., 18 лет, во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы конечностей, ушибы головы и туловища. В клинику доставлен через 1 час после травмы. Больной в тяжелом состоянии, без сознания. Кожные покровы бледные, покрыты холодным, липким потом. Зрачки узкие, с вялой реакцией на свет. Дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены. Пульс едва прощупывается. Артериальное давление - 60/40 мм рт. ст.

Задания:

- 1) Определите, о каком патологическом процессе идет речь.
- 2) Объясните механизм понижения артериального давления при данной патологии.

Задача 15. Больной Г., 42 лет, страдающий гипертонической болезнью, обратился к врачу с жалобами на прогрессирующее ожирение, слабость, повышенную физическую и умственную утомляемость, потливость, частые головные боли. Масса тела постепенно увеличивалась в течение последних 3 лет после того, как больной стал вести малоподвижный образ жизни.

При осмотре: рост 170 см, масса тела 97 кг. Распределение подкожного жира по мужскому типу. Имеется отеки стоп и голеней. В состоянии покоя отмечается одышка. Артериальное давление 190/95 мм рт. ст. Анализ крови на глюкокортикоиды и йодсодержащие гормоны щитовидной железы без особенностей. Общие анализы крови и мочи – без особенностей.

Задание:

- 1) Какая форма патологии имеется у больного?
- 2) Объясните механизмы возникших изменений.
- 3) Объясните механизм отеков.

Задача 16. Больная С., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на сильную слабость, ощущение во рту сухости, жажду, частые мочеиспускания, судороги в икроножных мышцах, исхудание, фурункулез. При обследовании было обнаружено: температура тела 37,2⁰С, в легких дыхание везикулярное, пульс 80 уд. в мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, на спине и лице фурункулы.

Задания:

- 1) О каком заболевании можно думать в данном случае?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?

Задача 17. У пациента выявлены увеличение размеров гипофиза и гиперплазия коры надпочечников. При дополнительном исследовании обнаружен ряд изменений:

- а) АД – 190/95 мм рт. ст.;
- б) содержание глюкозы 18,9 ммоль/л;
- в) глюкозурия;
- г) лунообразное лицо;
- д) рубцы багрового цвета на коже бёдер;
- е) гирсутизм.

Задания:

- 1) Определите, при какой патологии эндокринной системы наблюдаются указанные изменения.
- 2) Перечислите основные механизмы развития артериальной гипертензии и других проявлений.

Задача 18. Мужчина 35 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, желтую окраску кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	норма	-	-
Билирубин прямой	+++	+++	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	-	-	-
Желчные кислоты	+++	+++	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы.
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 19. У новорожденного ребенка длительное время отмечается желтая окраска кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	Повышен	-	-
Билирубин прямой	-	-	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	Снижен	снижен	снижен
Желчные кислоты	-	-	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 20. У обследуемого А. при исследовании функции внешнего дыхания получены следующие результаты:

Показатели	Должная	Фактическая	% от должной величины

Жизненная емкость легких	5,39	3,1	58 %
Объем форсированного выдоха за 1 с	4,22	3,02	72 %
ОФВ ₁ / ЖЕЛ (тест Тиффно)	80 %	97 %	121 %

Задания:

- 1) Определите тип нарушений функции внешнего дыхания.
- 2) Укажите возможные причины нарушений.

Задача 21. При исследовании состояния кислотообразующей функции желудка (рН-метрия) у пациента получены следующие результаты:

Показатель	Результат
Базальная рН в теле желудка	1,7 (нормацидность)
Базальная рН в антральном отделе	3,5(субкомпенсация ощелачивания)
Щелочное время натощак	25 мин (нормальная интенсивность продукции HCl)
Стимулированная рН в теле желудка	1,2 (гиперацидность)
Стимулированная рН в антральном отделе	1,9 (декомпенсация ощелачивания)
Щелочное время после стимуляции	9 мин (повышение продукции HCl)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы.
- 2) Определите тип патологической секреции.
- 3) Предположите возможные механизмы нарушений.

Задача 22. При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.

Задания:

1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома?
2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме.
3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина.
4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с диагнозом метаболический синдром?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
Патология (модуль: Патологическая
анатомия)

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Патологическая анатомия»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Патологическая анатомия)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патологоанатомического исследования в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патологической анатомии с учётом возрастных особенностей организма; - Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра; - этиологию, патогенез и патологическую анатомию заболеваний основных систем внутренних органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клиничко-морфологических методов обследования пациентов; - провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз при использовании данных прижизненного морфологического исследования; 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>

		<p>- сформулировать клинический диагноз с выделением основного заболевания и его осложнений;</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования; - основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования; 		
1.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность патологоанатомической службы; - общие вопросы деятельности патологоанатомической службы в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности патологоанатомической службы; - вопросы этики и деонтологии в патологической анатомии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях 	<p><i>Комплекты:</i></p> <p>1. <i>тестовых заданий</i></p> <p>2. <i>ситуационных задач</i></p>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

а. Диагноз: сухая гангрена стопы

б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом

в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом

г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета

д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

Ответ: а, б, в, г.

2. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно

развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоза сосудов головного мозга из полости аневризмы.

Ответ: б.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5, ПК-10):

Ситуационная задача № 1

На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Ситуационная задача № 2

На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сличение с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н П А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения).

Осложнения основного заболевания. Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия.

Сопутствующие заболевания. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Ситуационная задача № 2

При сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет место расхождение из-за неправильного оформления клинического диагноза.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать <u>под руководством преподавателя</u> результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики

ПК-5	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Не владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования</p>
ПК-10	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях <u>под руководством преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Патологическая анатомия) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

- а. Диагноз: сухая гангрена стопы
- б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом
- в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом
- г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета
- д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. Больная 68 лет, длительно страдавшая гипертонической болезнью, внезапно умерла во время очередного резкого подъёма АД. На вскрытии в головном мозге обнаружена массивная гематома в области подкорковых ядер справа, множество мелких кровоизлияний и «ржавая» киста в затылочной доле. Выберите положения, верные в данной ситуации.

- а. При микроскопическом исследовании в артериолах гиалиноз, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз
- б. Механизм развития гематомы - разрыв микроаневризмы
- в. Механизм развития мелких кровоизлияний - диapedез
- г. Ткань мозга в области гематомы разрушена
- д. «Ржавая» киста свидетельствует о ранее перенесенном ишемическом инфаркте головного мозга.

3. Какие формы ИБС (1, 2, 3) можно диагностировать на вскрытии, если смерть больного наступила в следующие сроки от момента возникновения приступа ишемии (а, б, в, г, д)?

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Инфаркт миокарда.
 - а. До 6 ч
 - б. 7-12 ч
 - в. 13-24ч
 - г. 1 ч
 - д. Более 24ч.

Ответ: 1 – а,г.

2 – б,в,д.

4. Перечислите признаки (а, б, в, г, д), которые могут быть обнаружены при каждой из форм ИБС (1, 2, 3).

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Повторный инфаркт миокарда.
 - а. Уменьшение содержания гликогена, положительная проба с теллуридом калия, отсутствие макроскопических изменений миокарда на вскрытии.
 - б. Стенозирующий атеросклероз и тромбоз венечных артерий сердца
 - в. Очаги некроза миокарда
 - г. Отсутствие изменений на ЭКГ и повышения уровня ферментов крови
 - д. Характерные изменения на ЭКГ, повышение концентрации ферментов крови (КФК, ЛДГ, АСТ).

Ответ: 1 – а,б,г.

2 – б,в,д.

5. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выступающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

6. Локальные и системные отложения амилоида могут быть при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

1) болезнь Альцгеймера.

2) экзокринная недостаточность поджелудочной железы.

3) медуллярная карцинома щитовидной железы.

4) миеломная болезнь.

5) ревматоидный артрит.

7. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимущественным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью. Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

1) атеросклеротический нефросклероз.

2) первично-сморщенные почки.

3) в артериолах почки и головного мозга - гиалиноз.

4) изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза.

5) клубочки почки гиалинизированы.

8. Назовите самую частую злокачественную опухоль головного мозга.

Выберите один из 5 вариантов ответа:

1) астробластома

2) глиобластома

3) хориоидкарцинома

4) менингиома

5) медуллобластома

9. Сосуды какого типа поражаются при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

1) вены

2) мелкие артерии

- 3) артериолы
- 4) капилляры
- 5) артерии мышечно-эластического типа

10. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее взбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) на вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- 2) диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- 3) диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- 4) на вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- 5) ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

11. Больной 77 лет находился в психиатрической клинике по поводу сосудистой деменции, развившейся на фоне атеросклероза церебральных артерий. Смерть наступила при присоединении бронхопневмонии. ___ В ткани головного мозга могут быть обнаружены все перечисленные изменения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атрофия лобных долей
- 2) кисты
- 3) порэнцефалия
- 4) микрогирия
- 5) внутренняя гидроцефалия

12. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются в :

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) подколенной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) бедренной артерии
- 4) плечевой артерии
- 5) дистальной части брюшной аорты

13. Больная 56 лет длительное время страдала гипертонической болезнью. Смерть наступила от кровоизлияния в мозг на высоте гипертонического криза. Назовите основную причину смерти

Выберите несколько из 10 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) гипертонический криз
- 3) кровоизлияние в мозг
- 4) атеросклероз коронарных артерий
- 5) атеросклероз церебральных артерий
- 6) У мужчины 65 лет атеросклеротическое поражение аорты, подвздошных, бедренных артерий привело к развитию сухой гангрены правой стопы. После ампутации нижней

конечности у больного развился бактериальный шок. Назовите основную причину смерти

- 7) атеросклероз аорты
- 8) атеросклероз артерий нижних конечностей
- 9) атеросклеротическая гангрена стопы
- 10) бактериальный шок

14. Больной 67 лет поступил в клинику с признаками острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Смерть наступила при явлениях отека головного мозга. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инфаркт головного мозга
- 2) отек головного мозга
- 3) цереброваскулярная болезнь
- 4) атеросклероз церебральных артерий
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

15. Больная 79 лет длительное время страдала гипертонической болезнью, в анамнезе - преходящие нарушения мозгового кровообращения, расстройства психики. Смерть больной наступила от инфицированных пролежней крестца. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфицированные пролежни крестца
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) гипертоническая энцефалопатия
- 5) цереброваскулярная болезнь

16. Что отличает эрозию слизистой оболочки желудка от острой язвы?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) склероз дна
- 2) глубина некроза
- 3) воспалительная реакция
- 4) гипертрофия желёз в краях

17. Какая оболочка стенки сосуда поражается при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наружная.
- 2) средняя.
- 3) наружная и средняя.
- 4) внутренняя.
- 5) внутренняя и наружная.

18. Для ревматизма характерны все перечисленные ниже проявления и связанные с ним заболевания, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) митральный стеноз.
- 2) недостаточность митрального клапана.
- 3) стеноз устья аорты.
- 4) стеноз легочной артерии.
- 5) инфекционный эндокардит.

19. Состояние повышенного онкологического риска:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) острые воспалительные процессы;
- 2) хронические воспалительные процессы;
- 3) вегетарианство;
- 4) прием витаминов.

20. Аммиачная энцефалопатия может развиваться при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гепатите
- 2) стрессе
- 3) длительном эмоциональном возбуждении
- 4) гастрите

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10

Задача 1. Коля Н., 10 месяцев болен в течение недели. Неделю назад мама отметила, что ребенок стал вялым, плохо спит, капризничает, хуже ест. Одновременно появились заложенность носа, редкий кашель, затем обильное отделяемое из носа слизистого характера. Температура в первые два дня повышалась до $37,5^{\circ}\text{C}$. Был приглашен участковый врач, который диагностировал у ребенка острое респираторное заболевание и назначил симптоматическое лечение. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние ребенка улучшилось, однако, на 6 день заболевания у ребенка вновь повысилась температура до $38,8^{\circ}\text{C}$. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, беспокойно спал, кашель усилился. Мама повторно вызвала врача. При осмотре ребенка отмечается бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника и раздувание крыльев носа при беспокойстве ребенка, тахикардия до 130 ударов в минуту, число дыханий – 52. Над легкими справа в межлопаточной области выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Ребенок госпитализирован.

В общем анализе крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,5 Т/л, СОЭ 19 мм/ч, лейкоциты 10,6 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 4%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 1%, Лимфоциты 36%, Моноциты 7%.

Рентгенограмма грудной клетки. Повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, мелкие очаговые тени с нерезкими контурами в области 5 сегмента справа.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких.

Задача 2. Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный..

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Состояние средней степени тяжести. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной

области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, безболезненная.

Общий анализ крови гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4,0 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 1%, сегментоядерные 46%, эозинофилы 9%, Лимфоциты 37%, Моноциты 8%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция слабо-кислая, удельный вес 1025, прозрачная, белок - отсутствует; лейкоциты – 1-2-1 в поле зрения; эритроциты - 2-1-1 в поле зрения, слизь -, бактерии -.

ФЭГДС Пищевод проходим, слизистая розовой окраски. Кардия смыкается. Слизистая желудка гиперемирована, в пилорическом отделе язвенный дефект размерами 5*3 мм. Содержимое желудка прозрачное, небольшое количество слизи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в желудке и двенадцатиперстной кишке при биопсии.

Задача 3. Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе гестации. Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС 170 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка - +0,5 см.

Общий анализ крови гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,8 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 36%, эозинофилы 6%, Лимфоциты 47%, Моноциты 9%..

По ЭХО-КГ – открытый артериальный проток.

Задания:

1. Выделите основные патологические синдромы заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких и сердце в случае неблагоприятного исхода

Задача 4. У роженицы на 4 день после родов повысилась температура до 37⁰, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойно-кровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило эхо-негативные зоны, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани. Проведено выскабливание полости матки. В соскобе - некротические фрагменты децидуальной оболочки и ворсинчатого хориона, диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, выраженный отек стромы, расширение и тромбоз кровеносных сосудов.

1. Определите основное заболевание.

2. Укажите основные причины развития данного заболевания.
3. Перечислите возможные осложнения: 1..., 2..., 3..., 4...

Задача 5. У женщины 34 лет во время профилактического осмотра в слизистой оболочке влагалищной части шейки матки был обнаружен эрозивный дефект диаметром 0,5 см с ярко-красным дном. При патогистологическом исследовании биоптата выявлена пролиферация железистого эпителия с глубоким проникновением его в мышечные слои шейки матки, с очаговой лимфоидноклеточной инфильтрацией стромы.

1. Диагностируйте основное заболевание.
2. Укажите возможную стадию заболевания.
3. Объясните патогенез выявленных изменений: 1..., 2...
4. Оцените значение этой патологии шейки матки.

Задача 6. Больной 27 лет произведено рентгенологическое обследование желудка при подозрении на опухоль. Обнаружено уменьшение полости желудка, сглаженность складок слизистой оболочки, резкое нарушение перистальтики. Произведена операция - гастрэктомии.

1. Опишите макроскопические изменения стенки желудка.
2. Перечислите возможные предраковые процессы в желудке, предшествовавшие заболеванию.
3. Назовите особенности метастазирования опухоли.
4. Классифицируйте заболевание в соответствии с требованиями МКБ.

Задача 7. Больной 34 лет, инженер-технолог. Курит с 17 лет. Кашель постоянный, со скудной мокротой. В течение последнего месяца дважды заметил в мокроте прожилки крови. Обратился в медсанчасть предприятия, откуда был направлен на консультацию в противотуберкулёзный диспансер. При тщательном рентгенологическом и рентгенографическом обследовании в IX сегменте правого легкого, ближе к плевре обнаружена тень округлой формы, диаметром на более 2 см. Произведена бронхоскопия, обнаружено резкое сужение просвета сегментарного бронха. Эндоскопическая биопсия технологически не удалась. Решено оперировать больного с производством экспресс-биопсии. Во время торакотомии иссечён небольшой кусочек опухолеподобного образования для установления точного диагноза.

Предположительный клинический диагноз: «Туберкулома», «Карциноид лёгкого»?
Заключение патологоанатома: мелкоклеточный бронхогенный рак лёгкого.

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 8. Мальчик 11 лет, в течение последних двух месяцев предъявлял жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, субфебрильная температура. При первичном осмотре отмечена некоторая бледность кожи и слизистых оболочек, увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; на ощупь узлы неравномерно уплотнены, подвижность их ограничена. Произведена биопсия одного из узлов. Иссечённый лимфатический узел доставлен в патологоанатомическое отделение с клиническим диагнозом: «Лимфаденит неясной этиологии».

Патогистологическое исследование: «Структура лимфатического узла полностью нарушена, фолликулы не выявляются, в ткани множество округлых очагов пролиферации клеток: эпителиоидных, лимфоидных, гигантских многоядерных. В центре очага обнаружен детрит в виде мелкоглыбчатой эозинофильной массы».

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 9. Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.
2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке: 1..., 2...
3. Уточните варианты исхода перитонита: 1..., 2....

Оформите заключительный клинический диагноз в соответствии с требованиями МКБ X.

Задача 10. Женщина до наступления беременности страдала ревматическим пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не отмечалось. Трижды госпитализирована в стационар по поводу хронического пиелонефрита с обострением процесса. На 39 неделе беременности – вновь обострение пиелонефрита с явлениями интоксикации. На 3-й день обострения отмечена внутриутробная гибель плода. На аутопсии выявлена двусторонняя очагово-сливная пневмония. Назовите основное патологическое состояние плода, явившиеся причиной смерти.

1. Назовите основное заболевание ребенка, явившиеся причиной смерти.
2. Оформите перинатальное свидетельство о смерти

Задача 11. Мальчик, 4 лет, оперирован в офтальмологическом отделении по поводу опухоли левого глазного яблока (зрение на этот глаз отсутствовало). Произведена энуклеация глаза. Клинический диагноз: «Внутриглазная опухоль». Патогистологический диагноз: «Ретинобластома».

1. Дайте характеристику этой опухоли по источнику роста, особенностям развития.
2. Назовите современные методы морфологического исследования операционного материала.

Задача № 12. У больной 35 лет одиночный узел в левой доле щитовидной железы. Макроскопически узел 1,0x2,0x2,0 см в четкой капсуле, эластичной консистенции, слегка взбухающий на фоне окружающей ткани, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. Произведена биопсия щитовидной железы. При микроскопическом исследовании ткань узла представлена фолликулами, выстланными крупными светлыми клетками с нежно зернистой эозинофильной цитоплазмой.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 13. У женщины 34 лет щитовидная железа увеличена в 4 раза, консистенция плотная, поверхность бугристая, железа спаяна с окружающими тканями. Клинически явления гипотиреоза, в периферической крови содержатся антитела к гормонам Т3 и Т4. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В пунктате – волокнистые структуры, обилие лимфоидных клеток разной степени зрелости – от лимфобластов до зрелых лимфоцитов, плазматические клетки, пласты и рыхлые скопления фолликулярного эпителия с признаками дистрофии, клетки Ашкенази в большом количестве.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 14. У женщины 45 лет ускоренный рост длительно существующего узла за последние 6 месяцев. На УЗИ – контуры неровные, нечёткие, консистенция плотная. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В цитограмме – фон чистый, клеточность пунктата высокая, пласты и фолликулярные структуры, состоящие из одноядерных клеток средней величины; ядра правильной формы, хроматин сетчатый, цитоплазма гомогенная, в просвете фолликулярных структур плотный интенсивно окрашенный коллоид. В некоторых пластах нарушена архитектура расположения клеток: наплыв друг на друга, разные промежутки между ними.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 15

У женщины, умершей от почечной недостаточности, на вскрытии обнаружены склероз и липоматоз поджелудочной железы, прогрессирующий атеросклероз магистральных артерий. В почках выявлена пролиферация мезангиальных клеток и гиалиноз клубочков, эпителий узкого сегмента нефрона высокий, со светлой полупрозрачной цитоплазмой, в которой определяется гликоген.

Клинически заболевание протекало с выраженной азотемией, высокой протеинурией, артериальной гипертензией.

1. Укажите, для какого заболевания характерна описанная клиническая и морфологическая картина?
2. Определите процессы, происходящие в почках.
3. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
4. Сформулируйте заключительный клинический диагноз.

Задача № 16. На основании представленных данных рубрицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Задача № 17. На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сравните с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н II А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Нейроэндокринология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	31.08.49 <i>Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Нейроэндокринология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2 год обучения
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
------	------------------	------------------------------------	--	--

1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения заболеваний внутренних органов; - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с 		

		<p>заболеваниями внутренних органов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и 		

		<p>оценки эффективности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания для госпитализации и организовать ее; - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение - оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, 		

		<p>ревматических заболеваний, гематологических заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних болезней;</p> <p>- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней.</p>		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <p>- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p>- основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных.</p> <p>Умеет:</p> <p>- организовывать реабилитацию терапевтических больных в условиях поликлиники и стационара.</p> <p>Владеет:</p> <p>- основными принципами лечения и реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезнями почек, кровотока, эндокринных, ревматических болезней, в клинике внутренних болезней</p>		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <p>- нормативно-правовую базу ведения терапевтических больных в поликлинике и стационаре</p> <p>- знание нормативно-правовых документов (приказов, распоряжений) о порядке оказания медицинской помощи терапевтическим больным</p> <p>- основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях внутренних органов.</p> <p>Умеет:</p> <p>- вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</p> <p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</p> <p>Владеет:</p>		

	- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	Умеет: <i>управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</i> Владеет: <i>управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>	Умеет <u>Не способен</u> <i>управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа</i>	Умеет <u>Не способен</u> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих</i>

	<p>жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в</p>

	<i>терапевтической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i>	<i>оказании терапевтической медицинской помощи обследования.</i>
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i> Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>
ПК-10	Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i> Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>	Умеет <u>Не способен</u> <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

1. Причиной летального исхода у пациентов с акромегалией может быть:

1. ночное апноэ.
2. сахарный диабет.
3. сердечная недостаточность.
4. гипергликемия.
5. гипогликемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2. В клинической картине акромегалии могут наблюдаться изменения со стороны ЦНС:

1. синдром карпального канала.
2. головные боли.
3. парестезии.
4. миопатический синдром.
5. нарушения высшей нервной деятельности – апатия, вялость, сонливость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

3. Секретию соматотропного гормона подавляет:

- А) глюкагон
- Б)эстрогены
- В) серотонин
- Г) соматостатин
- Д) соматомедины.

4. Причинами сердечной недостаточности при акромегалии могут быть:

1. задержка натрия и воды.
2. кардиомегалия.
3. артериальная гипертензия.
4. нарушение ритма сердечной деятельности.
5. артериальная гипотензия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Лабораторными маркерами несахарного диабета являются:

1. повышение объема выделяемой мочи.
2. повышение удельного веса мочи.
3. снижение удельного веса мочи.
4. снижение объема мочи.
5. бактериурия

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Развитие несахарного диабета обусловлено:

1. дефицитом АДГ.
2. резистентностью к действию АДГ.
3. разрушением АДГ в крови под действием плацентарных ферментов.
4. мутацией гена рецептора АДГ.
5. генетическими дефектами синтеза препро АДГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Причиной болезни Иценко-Кушинга является:

- А) пролактинома
- Б) опухоль яичников
- В) кортикостерома
- Г) базофильная аденома гипофиза
- Д) тиреотропинома

8. Типичными проявлениями повышенной продукции глюкокортикоидов являются:

- А) похудание
- Б) стрии на коже
- В) артериальная гипотония
- Г) повышенная влажность кожных покровов
- Д) снижение глюкозы в крови

9. Артериальная гипертензия при болезни Иценко-Кушинга обусловлена:

- 1. нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса.
- 2. повышением функции коры надпочечников.
- 3. вторичным альдостеронизмом.
- 4. снижением выделения ренина.
- 5. стенозом почечной артерии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

10. Для дифференциальной диагностики почечной формы несахарного диабета и диабета центрального генеза необходимо:

- А) Назначение пробного курса лечения препаратами минералокортикоидов
- Б) Проба с сухоедением
- В) Пробное назначение адиуретина
- Г) Проведение водной нагрузки
- Д) Исследование функции почек

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Больная 49 лет, жалуется на постоянную головную боль, на высоте которой возникает тошнота и рвота, выраженную жажду (в сутки выпивает 8 – 10 литров воды), обильное частое мочеиспускание. Считает себя больной в течение года. Объективно: рост 162 см; масса тела 58кг. В объективном статусе отклонений нет. При исследовании полей зрения выявлено их сужение, на глазном дне – начальные явления атрофии зрительного нерва. Рентгенография черепа: усиление сосудистого рисунка, размеры турецкого седла 16x14 мм, спинка и стенка истончены, клиновидные отростки выпрямлены.

Задания:

- 1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
- 2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
- 3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
- 4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача № 2

Мужчина, 40 лет, обратился с жалобами на выраженную жажду (до 8 литров в день) в том числе и ночью, учащенное мочеиспускание. Эти симптомы появились около 6 месяцев назад и постепенно нарастали. Из анамнеза выяснено, что около года попал в автомобильную аварию,

после чего диагностировали ушиб мозга. При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 3,8-ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 4,5 ммоль/л. При исследовании мочи: белок – отриц., плотность 1001-1002, лейкоц. – 1-0-1, эритроц. – ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа – без отклонений.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №3

Больная М., 45 лет обратилась к врачу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 8,2 ммоль/л. Врач обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов.

Объективно: Кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 182 см, масса тела 93 кг (ИМТ - 28 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/90 мм.рт.ст. Дополнительные исследования: 1). Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 6,5 - ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 12,4 ммоль/л. 2) На рентгенограмме головы в боковой проекции – «двухконтурность» турецкого седла

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №4

Больной К. 30 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких частей лица, увеличение суставов кистей рук, увеличение размера обуви на 2 единицы. Во время обследования на МРТ гипофиза выявлена аденома гипофиза (соматотропинома) с супраселлярным ростом 1,4*1,9 см., СТГ 100 нмоль/л (N до 20), пролактин 194 мМЕ/мл (N 60-450), ТТГ 1,4 мкЕд/мл (норма 0,25-4,5) на УЗИ щитовидной железы-объем 50 мл, в правой доле образование 0,9*1,1 см, с тонким гипоехогенным ободком.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №5

Больной Л. 49 лет, двенадцать лет назад на основании клинического и лабораторного обследования диагностирована аденома гипофиза (соматотропинома) в этом же году проведен курс гамма-терапии с последующей длительной ремиссией. Два года назад ухудшение самочувствия, головная боль, увеличение носа и суставов пальцев рук и ног. Увеличение базального СТГ до 26 нмоль/л (N 0-20), пролактина 800 мМЕ/мл (N 60-450). На МРТ гипофиза выявлена микроаденома. Выраженная общая слабость, АД 155/95 мм.рт.ст..

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).

3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №6

У больной Н 47 лет диагностирована закрытая черепно-мозговая травма (сбил мотоцикл). Спустя 4 месяца появилась жажда до 5 литров/сутки, полиурия, снижение массы тела на 3 кг.

Объективно: Кожные покровы бледные, тургор снижен. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 96 АД 110/60. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Во время обследования на МРТ гипофиза объемных образований не выявлено. Сахар крови 3,6-3,9-4,2 ммоль/л, в моче удельный вес 1004, сахара, белка не выявлено.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №7

Пациентка 30 лет, после тяжелой черепно-мозговой травмы отметила нарастающие полиурию, неукротимую жажду, похудела на 9 кг. При осмотре отмечается сухость кожных покровов, умеренная тахикардия, АД 90/60 мм рт. ст. Щитовидная железа мягкая, обе доли 2 x 2,5 см.

Проведены обследования: Общий анализ крови: Нв.160 г/л, Л.-9.2x10⁹, СОЭ 22мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес -1003, белок, глюкоза, ацетон - отрицательно, единичные лейкоциты в поле зрения.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №8

Больная А, 28 лет, поступила в отделение нейроэндокринологии с жалобами на изменение внешности, укрупнение конечностей, частые головные боли, гирсутизм, нерегулярные менструации и бесплодие.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №9

Больная Б., 19 лет, поступила в отделение нейроэндокринологии с жалобами на отсутствие менструаций в течение двух лет, выделения из молочных желез, сухость во рту, постоянную жажду - выпивает до 4 л жидкости в сутки; периодическую головную боль, больше в глазницах, бесплодие в течение 2 лет, увеличение массы тела - за два года около 7 кг. Три года назад одновременно появились сухость во рту, жажда, прекратились менструации. Лечилась у гинеколога, назначался прогестерон внутримышечно, затем парлодел - 5 мг в сутки, нарколут, микрофоллин, на фоне которых в течение двух месяцев приходили менструации. При рентгенографии черепа патологии не выявлено, по данным КТ головного мозга, имеется эндоселлярная аденома. Анализ мочи по Зимницкому - диурез -2250 мл, удельный вес - 1000 во всех порциях, кроме от 5 до 8 часов -1014 (1 капля адиуретина на ночь). Исследование гормонов в крови: пролактин - 2524 мЕд/л (норма - 41-613), ЛГ - 1,5 Ед/л (норма - 3,0-12), ФСГ - <1,5 Ед/л (норма - 1,6-6,6), эстрадиол - 135 пмоль/л (норма - 110-550), тестостерон - 0,8 (0,8-2,7).

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Задача №10

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на увеличение размеров кистей, стоп, укрупнение черт лица, в течение последних пяти лет, также отмечает головные боли, боли в суставах, снижение зрения. Лабораторно выявлено: уровень СТГ 0,6 нг/мл; ИФР 315 нг/мл (норма 101-267). По данным МРТ: макроаденома гипофиза. В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 10 лет. Пациенту проведен ОГТТ, на фоне которого, концентрация СТГ составила 1,5 нг/мл.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6, ПК-8, ПК-10).
3. Определите этиология и патогенез заболевания (УК-1, ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2, ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Функциональная диагностика в кардиологии, пульмонологии,
гастроэнтерологии»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Функциональная диагностика в кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	2 год обучения
УК-2	<i>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</i>	2 год обучения
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	2 год обучения
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	2 год обучения
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	2 год обучения
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i>	2 год обучения
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	2 год обучения
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных)	Аттестационное испытание, время и

			средств)	способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач. 	<p>Зачет</p> <p>2 год обучения</p>
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> -культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения заболеваний внутренних органов; - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике <p>Владеет:</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с заболеваниями внутренних органов; - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов 		

		<p>исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и оценки эффективности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания для госпитализации и организовать ее; - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение - оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой 		

		<p>системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, гематологических заболеваний, заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних болезней;</p> <p>- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней.</p>		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; - основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать реабилитацию терапевтических больных в условиях поликлиники и стационара. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения и реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, в клинике внутренних болезней 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения терапевтических больных в поликлинике и стационаре - знание нормативно-правовых документов (приказов, распоряжений) о порядке оказания медицинской помощи терапевтическим больным - основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях внутренних органов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.) - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты - правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских 		

	услуг Владеет: - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и

	<p>себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов,</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению</p>

	<p><i>нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i></p>	<p><i>пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи обследования.</i></p>
ПК-8	<p>Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p>
ПК-10	<p>Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p> <p>Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. Назовите электрокардиографические признаки выраженной гипертрофии правого желудочка;
 - а) QRS в V1 типа qR, продолжительность которого 0,11 сек
 - б) смещение вниз сегмента S-T и отрицательный зубец T в отведениях V1,2
 - в) в отведении aVR QRS типа qR
 - г) в отведении aVR типа rS
 - д) время внутреннего отклонения в отведении VI увеличено до 0,05 с
2. Отведения V5, V6 при гипертрофии левого желудочка обычно имеют вид:
 - а) qR
 - б) Rs
 - в) RS
 - г) qRs
3. В отведениях V5 и V6 при блокаде левой ножки пучка Гиса комплекс QRS имеет вид:
 - а) qR (R - без особенностей)
 - б) R (R - обычно с зазубриной, широкий)
 - в) R (R - высокий, узкий)
 - г) Rs (R - широкий, с закругленной вершиной, s - малый)
4. Интервал PQ при синдроме WPW:
 - а) укорочен до 0,08-0,11 сек
 - б) удлинен свыше 0,20 сек
 - в) не изменен
 - г) равен примерно 0,16-0,17 сек
5. Для предсердных экстрасистол характерно:
 - а) наличие зубца P, предшествующего комплексу QRS
 - б) изменение формы зубца P по сравнению с синусовым зубцом P
 - в) резкая деформация комплекса QRS
6. желудочковая пароксизмальная тахикардия характеризуется:
 - а) разобщением в работе предсердий и желудочков
 - б) учащением ритма, как правило, свыше 250 в мин
 - в) выраженной деформацией и уширением комплекса QRS
 - г) дискордантностью сегмента ST и зубца T по отношению к комплексу QRS
7. Неполная атриовентрикулярная блокада II степени II типа характеризуется:
 - а) постоянством интервала RR вне паузы
 - б) наличием пауз, равных примерно удвоенному интервалу RR
 - в) прогрессивным удлинением интервала PQ
 - г) постоянством интервала PQ
8. При парасистолии:
 - а) интервалы между парасистолами кратны частоте парасистолического водителя ритма
 - б) интервалы сцепления парасистол носят непостоянный характер
 - в) возможно появление атриовентрикулярной диссоциации
 - г) возможно появление сливных комплексов
9. При фибрилляции предсердий:
 - а) отсутствует сокращение предсердий как единого целого
 - б) желудочки сокращаются от импульсов из предсердий
 - в) комплексы QRS уширены
 - г) сокращения желудочков происходят с выраженной аритмией

10. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерным является:
- а) двухфазная форма зубца Т
 - б) широкий зубец Т
 - в) высокий зубец Т
 - г) симметричный зубец Т
11. Степень аортальной регургитации, когда поток крови из аорты достигает уровня сосочковых мышц левого желудочка (определяемая методом импульсной Д-ЭхоКГ):
- а) I степень
 - б) II степень
 - в) III степень
 - г) IV степень
12. Абсолютный признак недостаточности трикуспидального клапана:
- а) дилатация правого желудочка
 - б) Д-ЭхоКГ: систолический поток в правом предсердии за створками ТК
 - в) слоистое "эхо" в систолу створок ТК в М-режиме
13. Функциональные пробы, позволяющие выявить латентную обструкцию при гипертрофической кардиомиопатии:
- а) проба с обзиданом
 - б) проба с физической нагрузкой
 - в) проба Вальсальва
 - г) проба с амилнитритом
14. Критерии в эхокардиографическом обследовании наличия ИБС:
- а) выявление нарушений локальной сократимости в покое
 - б) снижение параметров центральной гемодинамики
 - в) нарушение диастолической функции, выявленной по трансмитральному кровотоку
 - г) все вышеперечисленные признаки
15. Учитывая данные клиники, обнаруженные нарушения локальной сократимости ЛЖ могут служить проявлением:
- а) инфаркта миокарда указанной локализации
 - б) ишемии указанной локализации
 - в) преходящей ишемии миокарда указанной локализации
 - г) заболевания миокарда неишемического генеза
 - д) всех вышеперечисленных состояний
16. Функциональные нагрузки это:
- а) проба открыть-закрыть глаза; ритмическое световое раздражение; гипервентиляция (и др. воздействия, если это необходимо)
 - б) выполнение движений разных конечностей сидя или лежа
 - в) удержание равновесия в позе стоя с закрытыми глазами
17. Альфа активность это:
- а) колебания биопотенциалов с частотой 8-13 Гц
 - б) колебания биопотенциалов с частотой от 1 до 50 Гц
18. Реографию можно использовать:
- а) для изучения сосудов головы
 - б) для изучения сосудов конечностей
 - в) каких-либо других сосудов

19. Дикротический индекс отражает:
- а) тонус артерии
 - б) состояние периферического сосудистого сопротивления
 - в) венозный отток
20. Уплотнение вершины реограммы свидетельствует:
- а) об атеросклеротическом поражении сосудистой стенки
 - б) о затруднении венозного оттока
 - в) о гипотонии артериального русла
 - г) о наличии сосудистой дистонии
 - д) о гипертенусе венозного русла

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

К фельдшеру обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 2

К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 3

Больной В., 44 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев.

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны

сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст.. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 4

Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8⁰С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 5

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39⁰С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 6

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 7

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста,

состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 8

Жалобы: Пациент 20 лет предъявляет жалобы на одышку экспираторного характера и сухой кашель в утренние часы 1-2 раза в неделю.

Анамнез заболевания: Болен с раннего детства, когда отмечались приступы удушья, неоднократно проводилось стационарное лечение в областной детской клинической больнице. Наблюдался у детского аллерголога. Выявлена аллергия на домашнюю пыль, пыльцу растений. Постоянно базисную терапию не получает. Периодически пользуется ингаляциями флютиказона пропионата при обострении. Для купирования одышки использует сальбутамол. Направлен на обследование от РВК.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. В детстве были явления атопического дерматита. Страдает хроническим аллергическим ринитом.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Пониженного питания. Рост 182 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, при форсированном выдохе выслушиваются единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 99%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 9

Жалобы: Пациент 18 лет активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: Диагноз бронхиальной астмы поставлен в возрасте 9 лет. Обследовался у аллерголога, выявлялась сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, пищевым продуктам (цитрусовые). Обострения ежегодно, обычно связаны с вирусной инфекцией. Базисную терапию постоянно не получает. Пользуется сальбутамолом по потребности. Направлен на обследование от РВК.

Анамнез жизни: Курит 3 года по 10 сигарет в сутки.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Удовлетворительного питания. Рост 178 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей

поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 99%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 10

Жалобы: Пациент 38 лет предъявляет жалобы приступы удушья днем и в ночные часы ежедневно до 2-3 раз в сутки, хрипы в грудной клетке, сухой приступообразный кашель, одышку при подъеме на 3 этаж.

Анамнез заболевания: Приступы удушья впервые появились в возрасте 9 лет, пользовался сальбутамолом и инталом. Обострения чаще были весной. Последняя госпитализация была 18 лет назад для обследования от РВК. Состояние ухудшилось в течение последнего месяца: беспокоят частые приступы удушья, хрипы в грудной клетке особенно по ночам.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Рост 183 см, вес 83 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание жесткое, над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Задача 11

Жалобы: Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на одышку инспираторного характера, усиливающуюся при ходьбе по ровной поверхности и в положении лежа на левом боку, сухой кашель, преимущественно в утренние часы, снижение массы тела.

Анамнез заболевания: Одышка беспокоит в течение примерно 2 лет, постепенно нарастает.

Анамнез жизни: Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, 4 года назад перенесла инфаркт миокарда, с этого времени пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Рост 166 см, вес 56 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пальпируется надключичный лимфатический узел справа диаметром 2 см, плотный, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 21 в минуту. При минимальной физической активности пациентки дыхание становится стридорозным. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, единичные сухие свистящие хрипы. Пульс 76 удара в минуту, аритмичный. АД 180/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 76 в минуту, акцент 2 тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 96%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план дополнительных инструментальных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1, ПК-6).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Фармакотерапия в клинике внутренних болезней»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Фармакотерапия в клинике внутренних болезней»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2 год обучения
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения

1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения заболеваний внутренних органов; - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с 		

		<p>заболеваниями внутренних органов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и 		

		<p>оценки эффективности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания для госпитализации и организовать ее; - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение - оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, 		

		<p>ревматических болезней, гематологических заболеваний, заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних болезней;</p> <p>- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней.</p>		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <p>- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p>- основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных.</p> <p>Умеет:</p> <p>- организовывать реабилитацию терапевтических больных в условиях поликлиники и стационара.</p> <p>Владеет:</p> <p>- основными принципами лечения и реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезнями почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, в клинике внутренних болезней</p>		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <p>- нормативно-правовую базу ведения терапевтических больных в поликлинике и стационаре</p> <p>- знание нормативно-правовых документов (приказов, распоряжений) о порядке оказания медицинской помощи терапевтическим больным</p> <p>- основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях внутренних органов.</p> <p>Умеет:</p> <p>- вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</p> <p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</p> <p>Владеет:</p>		

	- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих

	<p>жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в</p>

	<i>терапевтической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i>	<i>оказании терапевтической медицинской помощи обследования.</i>
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i> Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>
ПК-10	Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i> Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>	Умеет <u>Не способен</u> <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

1. С целью контроля за безопасностью терапии В-адреноблокаторами необходимы все следующие мероприятия, кроме:

- а) контроль ЧСС;
- б) контроль интервала PQ на ЭКГ;
- в) контроль АД;
- г) контроль МНО.

2. Блокатор Са-каналов, урежающий пульс:

- а) нитрендипин;
- б) верапамил;
- в) нифедипин;
- г) амлодипин.

3. Для уменьшения головной боли, возможной при приеме нитроглицерина, рекомендуют прием:

- а) ингибиторов АПФ;
- б) препаратов, содержащих ментол;
- в) диуретиков;
- г) аспирин.

4. При сочетании верапамила и β-адреноблокатора можно наблюдать все нижеперечисленное, кроме:

- а) отрицательного хронотропного действия;
- б) отрицательного инотропного действия;
- в) отрицательного дромотропного действия;
- г) положительного инотропного действия.

5. При использовании кордарона возникают следующие побочные эффекты:

- а) интерстициальный пневмонит;
- б) фотодерматиты;
- в) нарушение функции щитовидной железы;
- г) все вышеперечисленные эффекты.

6. Перечислите β-адреноблокаторы, обладающие доказанной эффективностью в лечении пациентов с ХСН:

- а) атенолол;
- б) пропранолол;
- в) карведилол;
- г) соталол;
- д) все перечисленные препараты.

7. Осмотические диуретики не используются при:

- а) отеке мозга;
- б) внутричерепной гипертензии;
- в) лечение ХСН;
- г) эпилептическом статусе;
- д) остром приступе глаукомы.

8. Риск возникновения гипогликемии резко возрастает при одновременном назначении манинила и:

- а) нифедипина;
- б) верапамила;
- в) кордарона;
- г) анаприлина;
- д) преднизолона.

9. К нежелательным лекарственным реакциям антигистаминных препаратов I поколения относится все, кроме:

- а) седативный эффект;
- б) сухость слизистых оболочек;

- в) тахифилаксия;
- г) желудочковые аритмии.

10. К селективным β_2 -агонистам длительного действия относится:

- а) флутиказон;
- б) салметерол;
- в) сальбутамол;
- г) фенотерол;
- д) тербуталин.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больному, 77 лет, с эссенциальной артериальной гипертензией участковый терапевт выписан рецепт на пролонгированный препарат нифедипина. В аптеке больной обратился к провизору по поводу безопасности применения данного препарата, в связи с тем, что больной ранее принимал короткодействующий препарат нифедипина для купирования гипертонического криза и, со слов больного, через 20 мин после приема этого препарата у него развилась аллергия в виде покраснения лица, ощущения «прилива», сердцебиения, дрожи. Данные явления купировались самостоятельно.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 2

Больная, 58 лет, страдающая сахарным диабетом 2-го типа, по совету провизора применяла мазь, содержащую хлорамфеникол под торговым названием Левомиколь в связи с трофическими язвами голеней. Ранее у больной отмечалась крапивница при однократном приеме внутрь таблетированного препарата хлорамфеникола в связи с желудочно-кишечными расстройствами. Через 20 мин после нанесения мази на язвы голеней больная отметила покраснение кожи лица, появление отечности шеи, лица, области глазниц, затрудненное дыхание. По этому поводу больная вызвала скорую медицинскую помощь, поставлен диагноз ангионевротического отека, начата интенсивная терапия (парентеральное введение глюкокортикостероидов, блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов, инфузионная терапия). Больная госпитализирована в реанимационное отделение в котором интенсивная терапия была продолжена. На 2-й день после поступления в стационар все выше описанные явления были купированы.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 3

Пациентке, 45 лет, принимающей пролонгированную лекарственную форму верапамила в дозе 240 мг в сутки по поводу артериальной гипертензии, в связи с невралгией тройничного нерва назначен карба-мазепин. Она обратилась в аптеку за приобретением препарата, и провизор отпустил ей

данный препарат по рецепту врача. Через 3 дня, приема данной комбинации, у пациентки стали отмечаться частые эпизоды повышения АД.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 4

Пациент, 52 лет, с протезированным митральным клапаном принимает для профилактики тромбоэмболических осложнений варфарин в дозе 7,5 мг 1 раз в сутки под лабораторным контролем системы свертывания крови. Для приобретения варфарина больной регулярно обращается в аптеку. Больной принимает варфарин в течение 1 года и никогда не отмечал НЛР, включая кровотечения. Алкоголь употребляет крайне редко, «не крепкий» и в малых дозах (1 бутылка пива, 1 бокал вина и т.д.). Однако у больного был эпизод приема алкоголя в большой дозе (0,5 л водки), на следующий день после этого он отметил покраснение мочи, синячковую сыпь на теле. По лабораторным данным - резкое снижение свертывания крови.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 5

Пациент, 60 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии. На ЭКГ - постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут. Дополнительно для профилактики тромбоэмболических осложнений участковым терапевтом выписан рецепт на варфарин.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 6

Больная П., 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сухой кашель, который беспокоит в течение недели. Из анамнеза известно, что у больной компенсированный сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия. Последние полгода получает эналаприл.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).

5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 7

Больной И., 50 лет, жалуется на чувство сжатия за грудиной с одновременными неприятными ощущениями в левом плече при быстрой ходьбе, особенно в холодную погоду и после еды. Боль прекращается при остановке или замедлении темпа ходьбы. Болен в течение 3 лет. Судя по жалобам, заболевание за эти годы не прогрессирует. После обследования в поликлинике была диагностирована ИБС: стенокардия напряжения II-III функционального класса, атеросклеротический кардиосклероз.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 8

Пациентка, 51 года, с ИБС: постинфарктным кардиосклерозом принимает с целью коррекции липидного обмена (ХС = 10,2 ммоль/л) аторвастатин в дозе 80 мг/сут. Через месяц лечения пациентка посетила аптеку для приобретения препарата с целью продолжения курса лечения. В диалоге с провизором пациентка отметила появление миалгии, мышечной слабости.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 9

У пациента, перенесшего инфаркт миокарда, выявлены тяжелые желудочковые нарушения ритма. Назначен амиодарон, который привел к подавлению желудочковой аритмии. Через 1,5 года терапии у пациента появилась одышка, рентгенограмме выявлены изменения, характерные для интерстициального поражения легких.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 10

Больная А., 68 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, отеки ног, общую слабость. В анамнезе инфаркт миокарда 6 лет назад. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение месяца. К врачу не обращалась, не лечилась.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).

4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Задача 11

Пациента с тяжелой сердечной недостаточностью в течение длительного времени получал фуросемид. У него появилась выраженная слабость, участились желудочковые экстрасистолы, в крови выявлено снижение уровня калия и магния.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите наличие факторов риска у пациента (ПК-1).
3. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-6, ПК-8).
4. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием возможной реакции (ПК-10).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Аллергология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Аллергология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2 год обучения
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
------	------------------	------------------------------------	--	--

1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по терапии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения заболеваний внутренних органов; - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с 		

		<p>заболеваниями внутренних органов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и 		

		<p>оценки эффективности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания для госпитализации и организовать ее; - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение - оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, 		

		<p>ревматических заболеваний, гематологических заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних болезней;</p> <p>- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней.</p>		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <p>- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p>- основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных.</p> <p>Умеет:</p> <p>- организовывать реабилитацию терапевтических больных в условиях поликлиники и стационара.</p> <p>Владеет:</p> <p>- основными принципами лечения и реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезнями почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, в клинике внутренних болезней</p>		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <p>- нормативно-правовую базу ведения терапевтических больных в поликлинике и стационаре</p> <p>- знание нормативно-правовых документов (приказов, распоряжений) о порядке оказания медицинской помощи терапевтическим больным</p> <p>- основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях внутренних органов.</p> <p>Умеет:</p> <p>- вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</p> <p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</p> <p>Владеет:</p>		

	- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих

	<p>жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в</p>

	<i>терапевтической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</i>	<i>оказании терапевтической медицинской помощи обследования.</i>
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i> Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>
ПК-10	Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i> Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>	Умеет <u>Не способен</u> <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

1. Клеточный иммунитет – это:

- А) Индукция цитотоксических CD8 Т-лимфоцитов, Т-хелперов 1 типа, ЕК-естественных киллеров
- Б) Количество Т, В-лимфоцитов, моноцитов
- В) Нейтрофильно-фагоцитарная реакция
- Г) Антителообразование

2. Иммуноцитокнины регулируют:

- А) Гемопоз
- Б) Воспалительную реакцию
- В) Активность цитотоксических Т-лимфоцитов
- Г) Распознавание антигена
- Д) Все ответы правильные

3. Цитокины, вырабатываемые Т-лимфоцитами хелперами 1 типа (Th 1):

- А) Интерлейкин 2, интерферон γ
- Б) Интерлейкин 2, интерлейкин 5
- В) Интерлейкин 1, интерферон γ
- Г) Интерлейкин 4, интерлейкин 1

4. Цитокины, вырабатываемы Т-лимфоцитами хелперами 2 типа (Th 2):

- А) Интерлейкин 4, интерлейкин 5
- Б) Фактор некроза опухоли, интерлейкин 1
- В) Интерлейкин 2, интерферон γ
- Г) Интерлейкин 1, интерлейкин 5

5. Молекулы HLA класса II участвуют в представлении антигена и присутствуют на поверхности:

- А) В-лимфоцитов
- Б) Моноцитарно-макрофагальных клеток
- В) Дендритных клеток
- Д) Все ответы правильные

6. Образование антител происходит в:

- А) Лимфатических узлах
- Б) Пейеровыхбляшках
- В) Селезенке
- Г) Все перечисленное верно

7. Антитела класса IgG обладают способностью:

- А) Преципитировать антиген
- Б) Переходить через плаценту от матери к плоду
- В) Активировать комплемент
- Г) Образовывать иммунные комплексы
- Д) Все ответы правильные

8. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

- А) либераторы гистамина;
- Б) наличие IgE;
- В) наличие IgA;
- Г) гипофункция реснитчатого эпителия;
- Д) наличие гиперчувствительности замедленного типа.

9. Продукция каких антител наблюдается во время приступа атопической бронхиальной астмы?

- А) IgA
- Б) IgM
- В) IgG
- Г) IgE

10. В основе гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору лежит:

- А) изосенсибилизация по Rh-фактору
- Б) наличие гетероиммунных антител в крови матери
- В) фетоплацентарная недостаточность
- Г) изосенсибилизация по системе АВО-антигены

11. В основе ГБН по АВО-системе лежит:

- А) изосенсибилизация по системе АВО-антигены
- Б) наличие гетероиммунных антител в крови ребенка
- В) фетоплацентарная недостаточность
- Г) изосенсибилизация по Rh-фактору
- Д) клеточно-опосредованный цитолиз

12. Количество классов иммуноглобулинов у человека

- А) 3
- Б) 4
- В) 5
- Г) 7

13. IgG в сыворотке крови здорового взрослого человека составляет от общего содержания иммуноглобулинов

- А) 30%
- Б) 55%
- В) 75%
- Г) 90%

14. Для диагностики пищевой аллергии необходимы специфические исследования:

- А) кожные пробы с пищевыми аллергенами
- Б) определение уровня общего IgE в сыворотке крови
- В) определение специфических антител к пищевым аллергенам
- Г) все перечисленное

15. Количество В-лимфоцитов в периферической крови в норме составляет

- А) 40-60% от общего числа лимфоцитов
- Б) 15-23% от общего числа лимфоцитов
- В) 60-100% от общего числа лимфоцитов
- Г) 1-5% от общего числа лимфоцитов

16. Количество Т-лимфоцитов в периферической крови в норме колеблется в пределах

- А) 15-20% общего числа лимфоцитов
- Б) 90-100% общего числа лимфоцитов
- В) 60-80% общего числа лимфоцитов
- Г) 20-40% общего числа лимфоцитов

17. У больного ежегодно в период с середины апреля и до конца мая возникают явления ринита и конъюнктивита. Сенсибилизация к пыльце каких растений наиболее вероятна у данного больного?

- А) пыльце деревьев
- Б) пыльце злаковых трав
- В) пыльце сорных трав
- Г) все верно

18. При наследственном ангионевротическом отеке имеется дефицит

- А) С3 компонента комплемента
- Б) С1 ингибитора эстеразы
- В) С9 компонента комплемента
- Г) Ничего из перечисленного

19. Механизмы инсектной аллергии

- А) IgE-опосредованные реакции
- Б) Не IgE-опосредованные реакции
- В) Токсические реакции
- Г) Все из перечисленного

20. Клинические проявления инсектной аллергии включают в себя:

- А) Поражение кожи
- Б) Поражение органов дыхания
- В) Системные проявления
- Г) Ничего из перечисленного
- Д) Все из перечисленного

21. Диагностика инсектной аллергии включает:

- А) Аллергологический анамнез
- Б) Кожные тесты
- В) Лабораторные методы
- Г) Все из перечисленного
- Д) Ничего из перечисленного

22. Лекарственная аллергия не проявляется:

- А) Многоформной эксудативной эритемой
- Б) Синдром Лайелла
- В) Себорейным дерматитом
- Г) Крапивницей

23. На развитие лекарственной аллергии не влияет:

- А) Индекс сенсibilизации
- Б) Факторы терапии (доза, способ введения препарата)
- В) Генетические факторы
- Г) Пол ребенка

24. К признакам аллергического отека гортани относится:

- А) Экспираторная одышка
- Б) Стентор
- В) Дисфония
- Г) Оральная крепитация

25. Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей сыворотки крови:

- А) Увеличение содержания общего IgE

- Б) Повышение содержания общего IgE и специфических IgE
- В) Увеличенное содержание гистамина
- Г) Повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

26. Специфическая аллергологическая диагностика включает:

- А) Аллергологический анамнез
- Б) Кожные аллергологические пробы с аллергенами
- В) Элиминационные тесты
- Г) Все вышеперечисленное

27. Для дифференциальной диагностики бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита необходимы следующие функциональные исследования:

- А) Проба с бронходилататором
- Б) Проба с медиатором бронхоконстрикции
- В) Проба с физической нагрузкой
- Г) Все вышеперечисленные

28. Какой признак является обязательным при бронхиальной астме:

- А) Полипы носа
- Б) Частые вирусные инфекции
- В) Атопическая предрасположенность
- Г) Гиперреактивность бронхов

29. Муколитическим действием обладает:

- А) Ипратропиум бромид
- Б) Амброксол
- В) Фенотерол
- Г) Фликсотид

30. Монтелукаст является:

- А) β_2 -агонистом
- Б) Ингибитором 4-липооксигеназы
- В) Блокатором лейкотриеновых рецепторов
- Г) М-холинолитиком

31. К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относятся:

- А) Ингаляционные кортикостероиды
- Б) Блокаторы лейкотриеновых рецепторов
- В) Системные кортикостероиды
- Г) Все вышеперечисленные

32. Действие ипратропиума бромида обусловлено:

- А) Ваголитическими свойствами
- Б) Нормализацией мембранного обмена тучных клеток
- В) Блокированием β -рецепторов
- Г) Улучшением дренажной функции бронхов

33. . При лечении астматического статуса не показаны:

- А) Производные эфедрина
- Б) Ингаляционные кортикостероиды
- В) Метилксантины
- Г) Селективные симпатомиметики

34. При астматический статусе показано применение:

- А) Антигистаминных препаратов
- Б) Кортикостероидов
- В) Кромонов
- Г) Эпинефрина

35. При легком приступе атопической бронхиальной астмы рекомендовано назначение:

- А) Антигистаминных препаратов
- Б) Метилксантинов
- В) Кромонов
- Г) Ингаляционных кортикостероидов

36. Препарат первого выбора для купирования обострения бронхиальной астмы:

- А) Ингаляционный кортикостероид
- Б) Супрастин
- В) Омализумаб
- Г) бета-2-адреномиметик

37. К лекарственным препаратам, контролирующим течение бронхиальной астмы, не относятся:

- А) бета-2-адреномиметики короткого действия
- Б) Пролонгированные метилксантины
- В) Пролонгированные бронходилататоры
- Г) Все вышеперечисленные

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Больная С., 52 лет, жалуется на одышку экспираторного характера при умеренной физической нагрузке, приступы удушья до пяти раз в сутки, которые купирует сальбутамолом. Страдает бронхиальной астмой с 35 лет, отмечает частые обострения в осеннее-зимний период после ОРВИ. Ежегодно проходит стационарное лечение с применением короткого курса системных кортикостероидов. Вне обострения пользуется только сальбутамолом. При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧД- 20 в мин. АД 140/80 мм РТ ст. Пульс 80 уд. В 1 мин., ритмичный. Перкуторно над легкими определяется легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Границы сердца не смещены. Тоны сердца звучные, акцент 2 тона над легочной артерией.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, эозинофилы -6%, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 10 %. СОЭ - 7 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: уд. вес 1025, белок отсутствует, в моче осадке эпителий плоский +, лейкоциты 0-1-2 в п/зр.
3. Общий анализ мокроты: цвет серый, характер слизистый, консистенция вязкая; микроскопическое исследование: эозинофилы +++, лейкоциты-эозинофилы, альвеолярные макрофаги +, плоский эпителий +, ВК-не найдены.
4. Биохимический анализ крови: билирубин прямой 0, 86 мкмоль/л, билирубин непрямой 16,5 мкмоль/л. АСТ 14 Ед, АЛТ 16 Ед. сахар крови 4,2 ммоль/л.
5. ЭКГ. Ритм синусовый, ЧСС =85 в 1 мин. Нормограмма.
6. ЭхоКГ: ФВ = 62%. Полости сердца не увеличены. Миокард не утолщен. Давление в легочной артерии 19 мм рт.ст.

7. ФВД: ОФВ1 – 65%, ЖЕЛ – 80%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 68%. После ингаляции сальбутамола ОФВ1 – 80%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 78%.
8. Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, повышенной прозрачности. Корни структурны. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

№ 2

Больная Н., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразный сухой кашель или с небольшим количеством вязкой слизистой мокроты, приступы удушья по утрам, «свист» в груди, чувство заложенности в груди, заложенность носа, першение в горле.

Из анамнеза. С раннего детства – пищевая аллергия на орехи (фундук), дыню, яйца – в виде аллергического дерматита. С 16 лет в мае-июне – ринорея, слезотечение, чихота. 4 года назад в морозную погоду стала возникать одышка при физической нагрузке. 6 месяцев назад появился «свист» в груди. В течение последнего месяца - чувство заложенности в груди, приступы удушья по утрам. Профессиональный анамнез: работает учителем математики в школе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Телосложение нормостеническое, грудная клетка цилиндрическая, над- и подключичные ямки сглажены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. При перкуссии определяется ясный легочный звук, подвижность нижнего легочного края 5 см. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, Пульс - 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 130/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги. Со стороны органов пищеварения и мочевого выделения патологии не выявлено.

Данные дополнительных методов исследования к задаче 4:

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,44 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $6,55 \times 10^9/л$, эозинофилы -8%, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 30 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 7 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: уд. вес 1014, белок отсутствует, в мочевом осадке лейкоциты 0-1-2 в п/зр.
3. Общий анализ мокроты: цвет серый, характер слизистый, консистенция вязкая; микроскопическое исследование: эозинофилы +++, кристаллы Шарко-Лейдена++, Спирали Куршмана+, лейкоциты-эозинофилы, альвеолярные макрофаги +, цилиндрический мерцательный эпителий +, плоский эпителий +, ВК-не найдены.
4. ЭКГ. Ритм синусовый, ЧСС =78 в 1 мин. Нормограмма.
5. ЭхоКГ: ФВ = 65%. Полости сердца не увеличены. Миокард не утолщен. Давление в легочной артерии 19 мм рт.ст.
6. ФВД: ОФВ1 – 72%, ЖЕЛ – 80%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 92%. После ингаляции сальбутамола ОФВ1 – 85%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 92%.
7. Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, повышенной прозрачности. Корни структурны. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

№ 3

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введен двухкратно подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологического невозможен в виду тяжести состояния больного. При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого.

Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч.

Газовый состав крови рO₂ - 55 мм; рСО₂ - 45 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

№ 4

Девочка Н., 6 месяцев, поступила в стационар с направляющим диагнозом: атопический дерматит, детская экзема, период обострения.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом 1 и 2-ой половин беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2950г, длина 50 см. оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. К груди приложена через 6 часов, сосала слабо. На естественном вскармливании до 2 месяцев, затем вскармливалась детскими молочными смесями.

Анамнез заболевания: после перевода ребенка на искусственное вскармливание (смесь НАН) у девочки на коже появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-х месячного возраста проводились частые смены молочных смесей (Фрисолак, Энфамил, Симилак и др.) на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. применение наружных медикаментозных средств ("болтушек", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. После введения в 5,5 мес в качестве прикорма овсяной каши отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавленными комочками, иногда с прожилкам крови. В последнее время девочка практически не спит.

Семейный анамнез: мать страдает экземой, у отца девочки поллиноз.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Резко беспокойна. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, метами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 в диаметре, безболезненные, эластичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 114 ударов в 1 минуту. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавленными комочками, слизью.

Данные дополнительных методов исследования

Общий анализ крови: Нь -104 г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8, Лейк – $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с- 33%, э – 9%, л- 41%, м- 10%, СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд.вес – 1010, эпителий плоский – много, лейкоциты – 6-8 в п/з, слизи – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68г/л, мочевины – 3,6ммоль/л, билирубин общий – 16,7ммоль/л, кальций ионизированный 0,95 ммоль/л, фосфор – 1,0 ммоль/л, железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л, железосвязывающая способность - 87,9 мкмоль/л, ИгЕ – 830 МЕ/л

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

№ 5

Процедурный кабинет поликлиники.

Ребенок, 1г. 2 мес, 9.30 введена вакцина АДС-М. Через 30 мин появились высыпания на коже в виде эритематозных пятен в области груди и живота. Самочувствие ребенка оставалось удовлетворительным. Назначен супрастин. Ребенок отправлен домой.

Через 1.5 часа появился «лающий» кашель, осиплость голоса, стридор. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «Острый стенозирующий ларинготрахеит».

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Фтизиатрия»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Фтизиатрия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации здоровых лиц и хронических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения пациентов с заболеваниями внутренних органов в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами диспансеризации больных с заболеваниями внутренних органов; 		

		<ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой у терапевтических больных 		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; - интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и оценки эффективности терапии; 		

		<ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
4.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила формирования мотивации пациентов и членов их семей, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебных мер 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-2	<p>Умеет: <i>проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i></p> <p>Владеет: <i>проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i></p>	<p>Умеет: <i>не способен проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i></p>
ПК-5	<p>Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p>Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i></p>
ПК-9	<p>Умеет: <i>проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</i></p> <p>Владеет: <i>методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебные мероприятий</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

1. Уникальная устойчивость МБТ обеспечивается:
 - 1) микрокапсулой;
 - 2) ядерной субстанцией;
 - 3) цитоплазматической мембраной;
 - 4) клеточной стенкой;

2. Патоморфоз туберкулеза — это:
 - 1) снижение заболеваемости;
 - 2) изменение свойств возбудителя;
 - 3) изменение морфологических проявлений и биологического вида возбудителя;
 - 4) изменение морфологических проявлений и клинического течения заболевания.

3. Наиболее специфичный морфологический признак туберкулезного воспаления:
 - 1) эпителиоидно-клеточная трансформация;
 - 2) образование гигантских многоядерных клеток Лангханса;
 - 3) творожистый некроз;
 - 4) кальцинация;

4. Ведущим механизмом защиты человека от туберкулезной инфекции является:
 - 1) гиперчувствительность замедленного типа;
 - 2) гиперчувствительность немедленного типа;
 - 3) иммунологическая толерантность;
 - 4) антителообразование.

5. Латентная (скрытая) туберкулезная инфекция — это:
 - 1) отсутствие клинических проявлений и положительные туберкулиновые пробы;
 - 2) «вираж» туберкулиновых проб и функциональные нарушения;
 - 3) отсутствие клинических и рентгенологических изменений при положительных туберкулиновых пробах;
 - 4) отсутствие клинических проявлений, кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах при отрицательных туберкулиновых пробах;

6. Туберкулинодиагностика — метод, основанный на выявлении:
 - 1) гиперчувствительности немедленного типа;
 - 2) гиперчувствительности замедленного типа;
 - 3) противотуберкулезных антител;
 - 4) ДНК микобактерий туберкулеза;

7. Выявление возбудителя туберкулеза методом полимеразной цепной реакции основано:
 - 1) на определении титра антител;
 - 2) на обнаружении РНК МБТ;
 - 3) на выявлении специфической сенсibilизации;
 - 4) на амплификации (умножении) ДНК МБТ;

8. Основным методом нозологической верификации диагноза «туберкулез»:
 - 1) обнаружение МБТ в материале;
 - 2) обнаружение специфических антител;
 - 3) обнаружение эпителиоидно-клеточных гранул в биоптате;
 - 4) положительные туберкулиновые пробы и диаскинтест.

9. Тесты для выявления специфической сенсibilизации при туберкулезе:

- 1) иммуноферментный анализ и туберкулиновые пробы;
- 2) туберкулиновые пробы и диаскинтест;
- 3) туберкулиновые пробы и полимеразная цепная реакция;
- 4) положительные туберкулиновые пробы и эозинофилия в клиническом анализе крови.

10. Первичный туберкулез — это:

- 1) заболевание вследствие первичного инфицирования МБТ;
- 2) заболевания в ранее инфицированном организме;
- 3) первое в жизни заболевание туберкулезом;
- 4) первое проникновение МБТ в организм;

11. Для первичного туберкулеза в отличие от вторичного характерны:

- 1) поражение легочной ткани с склонностью к деструкции;
- 2) поражение лимфатических узлов, параспецифические реакции;
- 3) поражение бронхов с бронхогенным распространением МБТ;
- 4) нормергическая туберкулиновая чувствительность и заживление путем фиброобразования;

12. Для инфильтративной формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов рентгенологически характерно:

- 1) отсутствие изменений в корне легкого на обзорной рентгенограмме;
- 2) значительное увеличение тени корня легкого с четким полициклическим наружным контуром;
- 3) увеличение тени корня с нечеткой наружной границей;
- 4) увеличение в корне 1-2 узлов диаметром не более 10-15 мм, обнаруживаемых при компьютерной томографии

13. В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

- 1) очаг Гона и кальцинаты в ВГЛУ;
- 2) очаг Абрикосова и кальцинаты;
- 3) очаг Гона и очаги Симона;
- 4) очаг Ашоффа-Пуля и кальцинаты;

14. При диссеминированном туберкулезе легких очаги локализуются:

- 1) в паренхиме легких;
- 2) в интерстиции легких;
- 3) в подслизистом слое бронхов;
- 4) в плевре

15. Выделяют следующие клинические варианты милиарного туберкулеза:

- 1) гематогенный, лимфогенный, бронхогенный;
- 2) острый, подострый, хронический;
- 3) абортивный, неосложненный, осложненный;
- 4) тифоидный, легочный, септический.

16. Двусторонняя симметричная мелкоочаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

- 1) контактным путем;
- 2) гематогенным путем;
- 3) лимфогенным путем;
- 4) бронхогенным путем

17. Вторичный туберкулез — это:

- 1) заболевание вакцинированных БЦЖ людей;
- 2) заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией;
- 3) заболевание, обусловленное эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
- 4) заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией или эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;

18. При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков определяется:

- 1) локализацией поражения;
- 2) возрастом и социальным статусом больного;
- 3) давностью заболевания;
- 4) клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата

19. Наименее выраженные клинические симптомы наблюдаются при вариантах инфильтративного туберкулеза:

- 1) облаковидном и перисциссурите;
- 2) облаковидном и округлом;
- 3) перисциссурите и бронхолобулярном;
- 4) округлом и бронхолобулярном.

20. При казеозной пневмонии патоморфологически доминирует:

- 1) экссудативная тканевая реакция;
- 2) продуктивная тканевая реакция;
- 3) казеозно-некротическая тканевая реакция;
- 4) неспецифическое воспаление вследствие активизации микробной флоры и грибов;

21. Формирование истинной туберкулемы обычно предшествует:

- 1) подострый диссеминированный туберкулез;
- 2) казеозная пневмония;
- 3) кавернозный туберкулез;
- 4) инфильтративный туберкулез

22. Формированию «ложной» туберкулемы обычно предшествует:

- 1) подострый диссеминированный туберкулез;
- 2) казеозная пневмония;
- 3) кавернозный туберкулез;
- 4) инфильтративный туберкулез

23. Наиболее частым клиническим проявлением кавернозного туберкулеза является:

- 1) непродуктивный кашель;
- 2) малопродуктивный кашель;
- 3) кровохарканье;
- 4) одышка

24. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного:

- 1) наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны;
- 2) смещением органов средостения в здоровую сторону;
- 3) сетчатым фиброзом в обоих легких;
- 4) наличием сердечной недостаточности

25. Установить обострение специфического воспаления при цирротическом туберкулезе позволяет:

- 1) усиление кашля;

- 2) появление синдрома интоксикации;
- 3) появление МБТ в мокроте;
- 4) воспалительные изменения в клиническом анализе крови.

26. Достоверным критерием туберкулезной этиологии плеврита является:

- 1) обнаружение специфических антител в экссудате;
- 2) повышением содержания аденозиндезаминазы в экссудате и крови;
- 3) обнаружение эпителиоидно-клеточных гранул в биоптате;
- 4) обнаружение МБТ в экссудате

27. Наиболее сложно дифференцировать туберкулезный плеврит с:

- 1) парапневмоническим;
- 2) раковым;
- 3) злокачественной мезотелиомой плевры;
- 4) плевритом при заболеваниях соединительной ткани.

28. При туберкулезе бронхов ведущим клиническим симптомом является:

- 1) боли в межлопаточном пространстве;
- 2) кашель со значительным количеством мокроты;
- 3) инспираторная одышка;
- 4) сухой упорный кашель.

29. Своевременное выявление туберкулеза — это выявление:

- 1) инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада;
- 2) очагового туберкулеза легких без бактериовыделения;
- 3) очагового туберкулеза легких с бактериовыделением;
- 4) туберкулемы легких в фазе распада

30. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

- 1) в течение 1 недели;
- 2) в 10-дневный срок;
- 3) в течение 24 часов;
- 4) в 3-дневный срок

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Жалобы: Пациент 33 лет предъявляет жалобы на небольшой кашель.

Анамнез заболевания: Изменения в легких были выявлены при профилактическом флюорографическом исследовании при поступлении на работу месяц назад. На рентгенограмме легких отмечены очаговые тени в S2 правого легкого. Предыдущая флюорография год назад – без патологии. Полгода назад были симптомы простудного заболевания.

Анамнез жизни: Дважды болел пневмонией. Курит 15 лет по пачке сигарет в сутки. Алкоголь употребляет умеренно. 5 лет назад работал младшим инспектором в УФСИН. Затем работал строителем без оформления. Разведен. Живет с отцом и матерью в трехкомнатной квартире.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Повышенного питания. Рост 180 см, вес 100 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД

140/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 97

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 5,3 Т/л, гемоглобин 160 г/л, ц.п. 0,97, лейкоциты 12,6 Г/л, эозинофилы 2%, нейтрофилы палочкоядерные 3%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 18%, моноциты 6%, СОЭ 8 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 86 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, общий белок 80 г/л, АЛТ 22 ед/л, АСТ 30 ед/л, СРП 0,1 мг/мл.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1018, белок 0,066 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты 6-8 в п/зр.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат отрицательный.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ не обнаружена.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм.

ФБС: двухсторонний эндобронхит 1 ст.

Рентгенограмма и ТМГ: в S1, S2 правого легкого отграниченные очаги до 1 см в диаметре в небольшом количестве.

Рентгенограмма

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 2

Жалобы: Пациентка 19 лет активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: Изменения в легких были выявлены при профилактическом флюорографическом исследовании при поступлении в университет. На рентгенограмме легких отмечена неоднородная инфильтрация в S2 правого легкого с участками просветления. Проведен курс антибактериальной терапии (амоксциллин) без эффекта. При рентгенологическом контроле изменения в легких сохраняются.

Анамнез жизни: Туберкулезом не болела. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Флюорографическое обследование проходила ежегодно, патологии не отмечалось. Не курит. Хронические заболевания отрицает. Живет в трехкомнатной квартире с родителями и сестрой.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледноваты, обычной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 95%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 3,9 Т/л, гемоглобин 115 г/л, лейкоциты 4,7 Г/л, эозинофилы 1%, нейтрофилы сегментоядерные 46%, лимфоциты 44%, моноциты 9%, СОЭ 5 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 68 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 73 г/л, АЛТ 18 ед/л, АСТ 42 ед/л, СРП 0,1 мг/мл.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1018, белок 0,033 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат отрицательный.

ЭКГ Синусовая тахикардия, ЧСС 110 в минуту. ЭОС не отклонена. Повышена нагрузка на правое предсердие.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ не обнаружена.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 12 мм.

ФБС: патологии не выявлено

Рентгенограмма

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 3

Жалобы: Пациент 58 лет предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, общую слабость, повышение температуры до 39°.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение месяца: появился кашель, затем одышка, повысилась температура до 39°. Резко похудел. Был госпитализирован в терапевтическое отделение. На фоне неспецифической антибактериальной терапии положительной динамики не отмечено. Сохранялась лихорадка до 39°, одышка.

Анамнез жизни: Находился в местах лишения свободы больше 30 лет, вышел из заключения 5 лет назад. Является лицом без определенного места жительства. Не проходил флюорографию более 10 лет. Год назад оперирован по поводу прободной язвы желудка, осложненной перитонитом.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Ориентирован во времени и пространстве. Положение активное. Резко пониженного питания, кахексия. Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный – экстрасистолы 4-5 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. ЧД 24 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук. Дыхание справа жесткое, слева – ослаблено, над верхушкой левого легкого – амфорическое, здесь же звучные влажные хрипы, рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см, селезенка не увеличена. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 89%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 3,1 Т/л, гемоглобин 69 г/л, ц.п. 0,66, лейкоциты 7,7 Г/л, нейтрофилы палочкоядерные 17%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 9%, моноциты 12%, СОЭ 68 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов, анизоцитоз +, гипохромия эритроцитов +

Биохимический анализ крови: креатинин 89 мкмоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, общий белок 63 г/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 42 ед/л, СРП 130 мг/мл, сывороточное железо 5,3 мкмоль/л.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1015, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-7 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат положительный во всех трех порциях ++, +++.

ЭКГ Синусовая тахикардия, ЧСС 110 в минуту. Полувертикальное положение ЭОС. Одиночные и парные наджелудочковые экстрасистолы. Повышена нагрузка на правое предсердие.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ обнаружена, высокая бактериальная нагрузка. Лекарственная устойчивость: рифампицин – мутации не обнаружены, иониазид – мутации не обнаружены, фторхинолоны – мутации не обнаружены.

Бактериологическое исследование мокроты на МБТ: выделена культура МБТ
ФБС: двухсторонний гнойный бронхит.

Спирометрия: ФЖЕЛ 52%, ОФВ1 59% от должного.

Рентгенограмма

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 4

Жалобы: Пациент 58 лет предъявляет жалобы на общую слабость.

Анамнез заболевания: Заболел месяц назад, когда повысилась температура тела до субфебрильных цифр. Через неделю госпитализирован в терапевтическое отделение, где при рентгенологическом обследовании выявлено подозрение на инфильтрацию в средних и нижних отделах правого легкого и правосторонний плевральный выпот. При плевральной пункции получена мутная желтоватая жидкость, белок 54,8 г/л, проба Ривальта положительная, лимфоциты 95%, нейтрофилы 4%, КУМ не обнаружены. Проводилось лечение амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин.

Анамнез жизни: Курит в течение 30 лет: 1 пачка сигарет на 2 дня. 3 года назад диагностирована болезнь Крона, неоднократно оперирован, выполнялась резекция подвздошной кишки, был перитонит, кишечная непроходимость. Работал водителем.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 175 см, вес 65 кг. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы. Притупление перкуторного звука над средними и нижними отделами правого легкого по задней поверхности. Дыхание везикулярное, над средними и нижними отделами справа ослаблено, ниже угла лопатки не проводится. Живот мягкий, безболезненный печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 96%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 4,8 Т/л, гемоглобин 132 г/л, тромбоциты 302 Г/л, лейкоциты 8,3 Г/л, нейтрофилы палочкоядерные 2%, сегментоядерные 73%, лимфоциты 20%, моноциты 4%, СОЭ 23 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 98 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий белок 63 г/л, холестерин 3,6 ммоль/л, АЛТ 16 ед/л, АСТ 22 ед/л, СРП 12 мг/л.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1016, белок 0,033 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

ЭКГ Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

Рентгенограмма

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 5

Пациент К., 38 лет, работающий по договорам на строительстве различных объектов в области, обратился с жалобами на снижение работоспособности, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с умеренным количеством слизисто-гноной мокроты, повышение температуры тела по вечерам до фебрильных цифр. Считает себя больным в течение 3-х лет, но за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно с незначительным эффектом. Отмечает волнообразность течения заболевания, с периодическими улучшениями и ухудшениями состояния.

Больной имеет вредные привычки: курит с 14 лет, злоупотребляет алкоголем. Флюорографического обследования не проходил 5 лет.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Значительный дефицит массы тела. Тургор тканей снижен. Грудная клетка асимметрична – правая половина ее уменьшена в объеме, межреберные промежутки сужены, отстают при дыхании. При перкуссии определяется притупление звука справа от верхушки до 4-го ребра. При аускультации легких справа в I-Межреберьях дыхание бронхиальное, выслушиваются после покашливания средне-пузырчатые влажные хрипы.

Тоны сердца ритмичные, звучные, акцент II тона на легочной артерии. Пульс – 96 ударов в минуту. АД – 130/90 мм рт.столба.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 6

Пациентка Л., 18 лет, обратилась с жалобами на утомляемость, сниженный аппетит, потливость, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, приступообразный непродуктивный кашель.

Больной себя считает в течение 1-1,5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. Но 2 дня тому назад на передней поверхности голени появились немногочисленные болезненные уплотнения красного цвета, размерами 1,0-1,5 см.

Из анамнеза стало известно, что дядя болен туберкулезом легких, является бактериовыделителем. Пациентка вакцинирована вакциной БЦЖ в родильном доме и ревакцинирована в 7 лет, поствакцинальные рубцы отсутствуют.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, множественные, эластичные, подвижные, размерами до 0,5-1,0 см, безболезненные. При перкуссии и аускультации легких изменений не выявлено. Тоны сердца ритмичные, звучные, учащенные (96 сокращений в минуту). Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 7

Пациент 23 лет, студент университета, обратился с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 38,5⁰, сухой кашель, одышку при физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле.

Болен в течение 5 дней, симптомы заболевания появились после переохлаждения. Самостоятельно лечился цефазолином без эффекта.

При обследовании состояние больного удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, множественные, подвижные, безболезненные, размерами до 0,5 см. Число дыханий – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии грудной клетки отмечается притупление звука слева от IV ребра по задней поверхности, дыхание в зоне притупления резко ослаблено, дополнительные шумы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости смещены вправо. Тоны сердца ритмичные, звучные, учащенные (102 сокращения в минуту). Живот мягкий, безболезненный. Флюорография грудной клетки в плановом порядке проведена 6 месяцев назад, изменений не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 8

Пациентка О., 32 лет, сотрудница детского сада, обратилась с жалобами на снижение работоспособности, плохой аппетит, кашель с небольшим количеством мокроты. Больной себя считает в течение 4-6 недель, лечилась самостоятельно ампициллином, бромгексином без эффекта. Сопутствующее заболевание – сахарный диабет I типа. При плановом флюорографическом исследовании 8 месяцев назад изменений в легких не выявлено.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 3-х группах, единичные, размером до 1,0 см. Число дыханий – 18 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается притупление звука справа над ключицей и в межреберье, а также сзади над лопаткой. Дыхание в этой зоне ослаблено, после покашливания выслушиваются незвучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс – 82 удара в минуту. АД – 120/75 мм рт.столба.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

№ 9

У пациента Б., 28 лет, при плановом флюорографическом обследовании обнаружены изменения в верхнем отделе правого легкого, в связи с чем он был направлен на прием к врачу. Больной предъявляет жалобы на повышенную утомляемость при выполнении привычной

физической работы, редкий кашель со скудным количеством мокроты на протяжении последних 3-4 месяцев. За медицинской помощью не обращался, так как не считал себя больным. Предыдущее флюорографическое обследование было 2 года назад. ВИЧ-инфицирован.

При объективном обследовании состояние пациента удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, немногочисленные, размерами до 1,0 см. Число дыханий – 16 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии легких отмечается укорочение звука справа над ключей и в межреберье. Дыхание везикулярное. Пульс – 76 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт.столба. Тоны сердца ритмичные, звучные.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (УК-1, ПК-5).
3. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ПК-5).
6. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
7. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Назовите рекомендации пациенту для укрепления здоровья (ПК-9).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Инфекционные
болезни»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	31.08.49 Терапия
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Инфекционные болезни»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	2 год обучения
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его

				проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу с инфекционными больными - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач. 	<p>Зачет</p> <p>2 год обучения</p>
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств - особенности управления коллективом <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу инфекционным больным <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения инфекционных заболеваний - основы профилактики инфекционных болезней <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составить план профилактических мероприятий <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками адекватной этиотропной и патогенетической профилактики инфекционных заболеваний 		
4.	ПК-3	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами оценки медико-тактической характеристики очагов поражения 		
5.	ПК-4	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показатели здоровья населения, показатели влияющие на изменение эпидситуации в регионе 		

		<p>Умеет: проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения</p> <p>Владеет: Методиками статистического анализа полученного материала.</p>		
6.	ПК-5	<p>Знает: - современные методики диагностики инфекционных заболеваний, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, серологическую и генетическую диагностику</p> <p>Умеет: - формулировать развернутый клинический диагноз</p> <p>Владеет: - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики инфекционных больных с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и при беременности</p>		
7.	ПК-6	<p>Знает: - основы лекарственной терапии инфекционных больных - технологии ведения пациентов с инфекционными болезнями - знать основные стандарты оказания помощи по профилю специальности</p> <p>Умеет: - назначить лечение в соответствии с поставленным клиническим диагнозом</p> <p>Владеет: - методиками оказания экстренной врачебной помощи при неотложных состояниях в инфекционной практике</p>		
11.	ПК-9	<p>Знает: - правила формирования мотивации пациентов и членов их семей, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Умеет: - проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</p> <p>Владеет: - методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебных мер</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Умеет Не способен управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на

	<p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-3	<p>Умеет: проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ</p> <p>Владеет: методами оценки медико-тактической характеристики очагов поражения</p>	<p>Умеет: не способен проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ</p>
ПК-4	<p>Умеет: проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения</p> <p>Владеет: уверенно, правильно и самостоятельно пользуется методиками статистического анализа полученного материала.</p>	<p>Умеет: не способен проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению</u> и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>

	ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	
ПК-9	<p>Умеет: проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</p> <p>Владеет: методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебные мероприятий</p>	<p>Умеет не способен провести санитарно-просветительную работу среди больных и населения</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

01. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- а) общую лечебную сеть, представленную главным образом терапевтами и педиатрами
- б) инфекционную службу в лице врачей-инфекционистов КИЗов поликлиник
- в) инфекционную службу, представленную городскими и областными инфекционными больницами, а также стационарами при некоторых научно-исследовательских институтах
- г) все выше перечисленное

02. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- а) федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 №52-ФЗ.
- б) приказ МЗ и соцразвития РФ от 31.01.2012г №69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
- в) приказ МЗ РФ от 17.09.93г № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ»
- г) приказ МЗ СССР от 04.08.83г «Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц»

03. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ МОГУТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ:

- А) вирусный гепатит В
- Б) ВИЧ-инфекция
- В) краснуха
- Г) герпетическая инфекция

04. ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА НОСИТЕЛЬСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА ПРОВОДЯТ:

- А) плановое
- Б) по эпидемиологическим показаниям
- В) при любом заболевании медицинского работника
- Г) только у младшего медицинского персонала

05. ЗАНОС ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в ЛПУ и проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления)
- Б) заболевание, с которым поступает больной в любое отделение ЛПУ

06. ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) внутрибольничные инфекции
- Б) занос инфекции
- В) любые инфекционные заболевания, приобретенные или проявившиеся в условиях стационара (сумма заносов и внутрибольничных инфекций)

07. ПРИЧИНЫ РОСТА ИСМП:

- А) снижение иммунитета у населения
- Б) нерациональное применение антибиотиков
- В) недостаточный контроль санитарно-противоэпидемического режима
- Г) увеличение инструментальных манипуляций и обследований

Д) сложность дезинфекции и стерилизации медицинской аппаратуры.

08. РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИСМП СПОСОБСТВУЮТ:

- А) формирование госпитальных штаммов
- Б) снижение иммунитета у населения
- В) слабая материально-техническая база ЛПУ
- Г) хорошее снабжение лекарствами
- Д) инвазивные лечебные и диагностические процедуры
- Е) низкая асептическая дисциплина персонала.

09. НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ КАК ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ:

- А. В инкубационном периоде заболевания
- Б. В острую фазу ВИЧ - инфекцией
- В. В стадии хронической персистирующей лимфаденопатии
- Г. В стадии оппортунистических инфекций
- Д. В латентной фазе

10. ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- А) способность вызывать связанные случаи заболеваний
- Б) устойчивость к используемым дезинфектантам
- В) повышенная вирулентность
- Г) устойчивость к широкому спектру антибиотиков
- Д) способность выживать во внешней среде отделения

11. ПОКАЗАТЕЛЕМ ВСПЫШКИ ИСМП ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) сезонность и периодичность
- Б) количество заболевших
- В) тяжесть заболевания
- Г) эндемичность болезни

12. ИСТОЧНИКОМ ИСМП В ЛПУ МОГУТ БЫТЬ:

- А) пациенты (больные или носители)
- Б) контаминированная больничная среда (предметы, поверхности)
- В) медицинский персонал (больные или носители)

13. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1. Миокардит
- 2. Пневмония
- 3. С-д Гийена-Барре
- 4. Синуситы

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГРИППА:

- 1. абдоминальный синдром
- 2. высокая лихорадка с первого дня болезни
- 3. ангина
- 4. интоксикация
- 5. бронхолит

15. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПАРАГРИППЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- 1. снижение слуха
- 2. полираликулоневриты
- 3. пиелонефрит

4. ларингит
5. носовое кровотечение

16. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. химиопрофилактика
2. соблюдение противоэпидемических мероприятий
3. вакцинопрофилактика
4. ограничение контактов с инфекционными больными

17. ОСНОВНЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. высококонтагиозное заболевания
2. часто возникают эпидемические вспышки
3. путь передачи фекально-оральный
4. путь передачи капельный
5. количество случаев заболевания возрастает в зимние месяцы

18. РАЗМНОЖЕНИЕ РОТАВИРУСОВ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В КЛЕТКАХ ЭПИТЕЛИЯ:

1. желудка
2. тонкой кишки
3. толстой кишки
4. верхних дыхательных путей
5. мочевых путей

19. МЕХАНИЗМ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
2. недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
3. накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в толстой кишке
4. перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
5. усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

20. ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ:

1. клиническая картина заболевания
2. эпидемиологические данные
3. лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита
4. исключение гастроэнтеритов другой этиологии

21. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) все из перечисленного,
- б) виферон при интраназальном применении,
- в) арбидол,
- г) амиксин,
- д) человеческий лейкоцитарный интерферон.

22. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) все перечисленные;
- б) половой;
- в) вертикальный;

г) воздушно-капельный?

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ ШИГЕЛЛЕЗОВ ПОРАЖАЮТСЯ:

- а) тонкая кишка
- б) терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка
- в) правые отделы толстой кишки
- г) сигмовидная и прямая кишка

24. РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСЯТ ОТ:

- а) срока взятия материала для бактериологического исследования
- б) качества питательных сред
- в) применения антибиотиков до начала исследования
- в) все выше перечисленное

25. БОЛЬНОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ВЫДЕЛЯЕТ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С:

- А. испражнениями;
- Б. слюной;
- В. слезами;
- Г. потом;
- Д. мочой.

26. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. трансмиссивный;
- Б. фекально-оральный;
- В. аспирационный;
- Г. перкутанный;
- Д. вертикальный.

27. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. цитолиз
- Б. холестаз
- В. мезенхимально-воспалительный
- Г. ДВС-синдром
- Д. жировая инфильтрация

28. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ:

- А. возможна диспепсия
- Б. увеличивается печень
- В. отсутствуют симптомы, свидетельствующие о поражении печени
- Г. моча в последние дни становится темной
- Д. повышается активность сывороточных ферментов

29. В ЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

- А. снижение аппетита
- Б. астенический синдром
- В. сильные боли в правом подреберье
- Г. гепатомегалия
- Д. ахолия кала

30. МАНИФЕСТАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. Бактериальной непрерывно рецидивирующей пневмонией
- Б. Поражением лёгких микобактериальной инфекцией
- В. Лимфоидной интерстициальной пневмонией
- Г. Непрерывно прогрессирующей пневмоцистной пневмонией
- Д. Верно всё

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:

- А. Мононуклеозоподобный и гриппоподобный
- Б. Гастроэнтерит и серозный менингит
- В. Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония) и поражение кожи
- Г. Энцефалопатия и миелопатия
- Д. Нефропатия, кардиопатия

32. В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСКУССТВЕННОГО ОСЕМЕНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕРМЫ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ:

- А. свежей спермы
- Б. замороженной спермы
- В. прогретой спермы
- Г. обработанной УФО спермы
- Д. Утверждение ложно во всех перечисленных случаях

33. ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- 1. острое начало, лихорадка, интоксикация
- 2. озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- 3. точечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- 4. шелушение кожи после угасания сыпи
- 5. все перечисленные

34. КОКЛЮШЕМ БОЛЕЮТ:

- 1. дети в любом возрасте
- 2. новорожденные и дети первых месяцев жизни
- 3. подростки
- 4. взрослые
- 5. все перечисленные

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

В терапевтическое отделение госпитализирована больная Н. 28 лет, с диагнозом: вегетососудистая дистония. Через несколько часов у пациентки выявлен частый жидкий стул. Женщина была переведена в инфекционное отделение лишь на следующий день, где был подтвержден диагноз острой дизентерии Зонне Пе.

В последующем в течении 2-х недель из палаты терапевтического отделения, где первоначально находилась больная, с интервалом 2–3 дня в инфекционное отделение переведены были пациентки с жидким стулом, при обследовании которых также был подтвержден диагноз: острая дизентерия

Зонне Пе. Всего заболело 6 человек. Последняя пациентка с больной Н. не контактировала, и была госпитализирована в терапевтическое отделение через сутки после перевода пятой больной.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 2.

Вызов на дом: женщина 28 лет, учитель начальных классов, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 38.30С, боль в горле, заложенность носа, кашель, осиплость голоса, слабость.

При осмотре: t-38.20С, ЧСС - 80 в м, ЧД - 24 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Голос сиплый, кашель «лающий», надсадный, болезненный. Одышки нет. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 3.

Вызов на дом: мужчина 30 лет, болен в течении 2-х дней, жалуется на повышение температуры тела до 38.80С, чихание, слезотечение, боль в горле, сильный влажный кашель, слезотечение, боль и резь в глазах, чувство инородного тела в левом глазу.

У мужчины есть сын в возрасте 8 месяцев.

При осмотре: t-39.00С, ЧСС - 92 в мин, ЧД - 20 в мин, АД - 130/70 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктив глаз ярко гиперемирована, отделяемое из глаз слизистое. Склеры инъекцированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт серого цвета, не снимается. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины отечные, рыхлые, в лакунах - единичные налеты желтого цвета. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 4

Вызов на дом: женщина 32 лет, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 39,30С, чихание, слезотечение, головную боль - преимущественно в лобной области, слабость, снижение аппетита, боль внизу живота.

У женщины есть ребенок в возрасте 6 месяцев, на грудном вскармливании.

При осмотре: t-39,10С, ЧСС - 98 в мин, ЧД - 22 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктивы глаз гиперемированы. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, чуть вздут, болезненный в надлобковой области - 2 день от начала менструации, выделения обильные. Стул в норме. Мочится мало.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК-9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 5.

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК-9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 6.

К больному С., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 39,0С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,50С, обильно потел, но к вечеру вновь повысилась до 40,50С, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость.

В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможен, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром.

Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать прекратил.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).

5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 7.

Больной У., 23 года, студент из Сенегала. Поступил в инфекционное отделение 22.09.2007 г. на 7-й день болезни в тяжелом состоянии с диагнозом «Токсический грипп». По словам больного, около недели болел «гриппом», за-тем состояние ухудшилось. Температура тела повысилась до 40,30С, озноб, сильная головная боль, рвота, ломота в теле. В России живет с 2005 года, летом 2007 года выезжал на каникулы в Сенегал, возвратился 08.09.2007г. Болел малярией в детстве. Личной профилактики не проводил.

При поступлении: температура 38,0С, состояние тяжелое. Бледен, кожа и склеры обычной окраски. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД 100/75 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Печень выступает из подреберья на 2-3 см, плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка выходит из подреберья на 3 см, плотная, болезненная.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 8.

Пациент Б. 34 лет госпитализирован в хирургическое отделение 5 января с диагнозом: Острый аппендицит. 6 января оперирован, после операции установлен диагноз острого флегмонозного аппендицита. 13 января у пациента развивается нагноение послеоперационной раны.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

Задача 9.

НА 10-Й ДЕНЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СОМАТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛСЯ ЖИДКИЙ СТУЛ, БЫЛА ВЫДЕЛЕНА КУЛЬТУРА ШИГЕЛЛ ЗОННЕ. ЗАРАЖЕНИЕ МОГЛО ПРОИЗОЙТИ:

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

ЗАДАЧА 10

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

ЗАДАЧА 11

У беременной С., 26 лет, зарегистрирован положительный результат обследования на HBsAg. Женщина имеет беременность сроком 8 недель. Работает стоматологом в поликлинике, проживает в отдельной квартире с матерью 52 лет и дочерью 4 лет. Ребенок посещает детский сад, привит от HBV-инфекции.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Неврология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - терапевт
Направление подготовки:	<i>31.08.49 Терапия</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Неврология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности 		

		<p>возникновения и течения заболеваний внутренних органов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие и специальные методы обследования терапевтических больных; - основы профилактики заболеваний внутренних органов по индивидуальным алгоритмам <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием терапевтических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой заболеваний внутренних органов 		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы внутренней патологии; - общие методы обследования терапевтических больных; - современную систему диагностики заболеваний внутренних органов, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, функциональную, ультразвуковую, эндоскопическую, магниторезонансную диагностику; - основы профпатологии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании; - провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания; - оценить тяжесть состояния больного, - провести дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз; - определить объем и последовательность применения методов обследования; - оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных; - основными диагностическими мероприятиями для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - составлением плана исследования и больного с учетом предварительного диагноза; - проведением квалифицированного 		

		<p>диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и оценки эффективности терапии; - интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования; - раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства); - проведения манипуляций: определение группы и резус-фактора крови, катетеризация мочевого пузыря; пункция брюшной и плевральной полостей; снятие и расшифровка электрокардиограммы; - ведением учетно-отчетной медицинской документации; - практическими навыками работы с компьютером. 		
4.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила формирования мотивации пациентов и членов их семей, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебных мер 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-1	<p>Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p> <p>Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>
ПК-5	<p>Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы</i></p>

	<p><i>Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p>Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p><i>в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i></p>
ПК-9	<p>Умеет: <i>проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</i></p> <p>Владеет: <i>методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебные мероприятий</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
а) верхней прямой

- б)наружной прямой
 - в)нижней прямой
 - г)нижней косой
- 002.Мидриаз возникает при поражении
- а)верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б)нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в)мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г)среднего непарного ядра
 - д)ядра медиального продольного пучка
- 003.Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
- а)T6 или T7
 - б)T8 или T9
 - в)T9 или T10
 - г)T10 или T11
- 004.При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а)гипотрофии мышц
 - б)повышения сухожильных рефлексов
 - в)нарушения функции тазовых органов
 - г)нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- 005.Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а)палеостриатума
 - б)неостриатума
 - в)медиального бледного шара
 - г)латерального бледного шара
- 006.Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а)латерально
 - б)медиально
 - в)вентрально
 - г)дорсально
- 007.Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а)латерально
 - б)медиально
 - в)вентрально
 - г)дорсально
- 008.Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
- а)в продолговатом мозге
 - б)в мосту мозга
 - в)в ножках мозга
 - г)в зрительном бугре
- 009.Медиатором тормозного действия является
- а)ацетилхолин
 - б)ГАМК
 - в)норадреналин
 - г)адреналин
- 010.Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а)в латеральном ядре бледного шара
 - б)в полосатом теле

- в) в медиальном ядре бледного шара
 - г) в субталамическом ядре
011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а) мозжечковая
 - б) сенситивная
 - в) вестибулярная
 - г) корковая
012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело
013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительной лучистости
 - г) зрительных трактов
014. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) наружного коленчатого тела
 - г) зрительной лучистости
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
 - б) гомонимная
 - в) битемпоральная
 - г) нижнеквадрантная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
017. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а) обонятельного бугорка
 - б) обонятельной луковицы
 - в) височной доли
 - г) теменной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - г) зрительной лучистости с двух сторон
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга

- в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга
021. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
022. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
 - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
 - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
 - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
023. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- а) динамическая
 - б) вестибулярная
 - в) статическая
 - г) сенситивная
024. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
025. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
- а) астроциты
 - б) олигодендроглиocyты
 - в) микроглиocyты
 - г) эпендимоциты
026. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) Гассерова
027. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
 - б) в конце первого года жизни
 - в) в начале второго года жизни
 - г) на последнем месяце внутриутробного развития
028. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов
- а) C1-C4
 - б) C2-C5
 - в) C3-C6
 - г) C4-C7
 - д) C5-C8
029. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) C5-C8

- б)С5-С8, Т1-Т2
 - в)С6-С8
 - г)С8-Т2
- 030.Нервные импульсы генерируются
- а)клеточным ядром
 - б)наружной мембраной
 - в)аксоном
 - г)нейрофиламентами
- 031.В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- а)черное вещество
 - б)гиппокамп
 - в)миндалина
 - г)мамиллярные тела
 - д)ретикулярная формация
- 032.На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра
- а)нежное и клиновидное
 - б)спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в)подъязычных нервов
 - г)лицевого, отводящего нервов
- 033.В состав среднего мозга не входят
- а)красные ядра
 - б)ядра блокового нерва
 - в)ядра глазодвигательного нерва
 - г)ядра отводящего нерва
- 034.Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения
- а)бледного шара
 - б)хвостатого ядра
 - в)красного ядра
 - г)таламуса
- 035.Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
- а)вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
 - б)спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
 - в)нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
 - г)спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
- 036.Истинный астереогноз обусловлен поражением
- а)лобной доли
 - б)височной доли
 - в)теменной доли
 - г)затылочной доли
- 037.Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
- а)наружных отделов зрительного перекреста
 - б)язычной извилины
 - в)глубинных отделов теменной доли
 - г)первичных зрительных центров в таламусе
- 038.Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
- а)неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
 - б)инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
 - в)телец Меркеля
 - г)телец Фатера - Пачини

- 039.Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- а)С3-С4
 - б)С5-С6
 - в)С7-С8
 - г)С8-Т1
 - д)Т1-Т2
- 040.Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а)на свет
 - б)на болевое раздражение
 - в)на конвергенцию
 - г)на аккомодацию
- 041.Больной со зрительной агнозией
- а)плохо видит окружающие предметы, но узнает их
 - б)видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
 - в)не видит предметы по периферии полей зрения
 - г)видит предметы, но не узнает их
- 042.Больной с моторной афазией
- а)понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б)не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в)может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г)может говорить, но речь скандированная
- 043.Больной с сенсорной афазией
- а)не может говорить и не понимает обращенную речь
 - б)понимает обращенную речь, но не может говорить
 - в)может говорить, но забывает названия предметов
 - г)не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - д)не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
- 044.Амнестическая афазия наблюдается при поражении
- а)лобной доли
 - б)теменной доли
 - в)стыка лобной и теменной доли
 - г)стыка височной и теменной доли
- 045.Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- а)ножек мозга
 - б)моста мозга
 - в)продолговатого мозга
 - г)покрышки среднего мозга
- 046.Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
- а)продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б)продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в)колена внутренней капсулы слева
 - г)заднего бедра внутренней капсулы слева
- 047.При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а)в основании ножки мозга
 - б)в заднебоковом отделе продолговатого мозга
 - в)в области красного ядра
 - г)в основании нижней части моста мозга

048. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного

- а) спинальной формы рассеянного склероза
- б) цервикальной синдрома
- в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

049. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а) нижнего вялого парапареза
- б) диссоциированной параанестезии
- в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
- г) сенситивной атаксии нижних конечностей

050. Ветвью шейного сплетения является

- а) малый затылочный нерв
- б) подкрыльцовый нерв
- в) лучевой нерв
- г) срединный нерв

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больной З., 27 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Отек легких».

Жалобы при поступлении на: нехватку воздуха, одышку.

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, несколько часов назад производил обработку квартиры дихлофосом от насекомых. Через полчаса появилась одышка, стало трудно дышать, присоединилось слезотечение, слюнотечение, снижение остроты зрения, несколько раз был жидкий стул, с болезненными позывами, учащенное мочеиспускание. Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Status praesens: Состояние тяжелое. В сознании. Рост 185 см., масса тела 90 кг.

Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, общий гипергидроз. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук притуплен. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, стридорозное. Частота дыхания 30 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 59 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 59 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины.

Артериальное давление - S = D 150/90 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Усиленное слюноотделение. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный.

Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не

пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: В сознании. Наблюдается психомоторное возбуждение. Зрачки D=S, миоз. Объем движений глазных яблок полный. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык по средней линии. Фибриллярные подергивания мышц рук. Объем активных движений полный. Тонус мышц немного повышен. Глубокие рефлексы с рук S=D, оживлены; с ног D<S, оживлены. Подошвенные – abs. Брюшные – abs. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Мелкоамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга - не проверялось из-за тяжести состояния.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 2.

Больная У., 38 лет.

Доставлена в стационар с направительным диагнозом: «Анемия неясной этиологии». Жалобы при поступлении на: на общую слабость.

Анамнез заболевания: Анамнез со слов мужа. Ранее работала на химическом производстве, имела контакт с ртутью. В 2010 году собрала вручную 1 литр разлившейся ртути, после чего лечилась по поводу дерматита. В 2010 году больная госпитализирована в ТО по поводу нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу. Тогда же впервые обнаружено снижение гемоглобина до 87 г\л, ЦП. 1.0. На ФГДС - очаговый атрофический гастрит. От других обследований больная категорически отказалась. В дальнейшем к врачу принципиально не обращалась. Со слов мужа удалось выяснить, что больная из-за внутренних представлений о здоровье ("насмотрелась телевизора") резко ограничила прием пищи. В течение последнего года стала прогрессивно нарастать слабость, нарушилась походка. Последние полгода усилились слабость в конечностях, нарушение координации движений. В течение месяца появилась рвота без причины и на прием пищи. Принимала только соки и минеральную воду. В последний месяц отказалась от еды, питья, в течение около 7 дней находится только в постели, отмечались тошнота, рвота, боли в животе при попытках накормить или напоить ее. В последнюю неделю больная очень мало мочилась, стула не было. По поводу диффузных болей в костях, мышцах, общей слабости вызывали на дом БСМП, вводились какие-то препараты, госпитализация не предлагалась. Амбулаторно взята кровь, обнаружена глубокая анемия, дано направление на госпитализацию.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет.

Statuspraesens: Общее состояние больной тяжелое из-за обезвоживания, тяжелой анемии. В сознании, заторможена. Крайняя степень истощения. Цвет кожи желто-бледный, пальцы кистей и стоп - синюшные. Красный оттенок волос. ЧДД 24-26 в минуту. АД 60 и 40 мм рт.ст. Пульс нитевидный. Зубы требуют санации. Глотание нарушено. Печень на 3см ниже края реберной дуги. Температура тела 35.5 градусов.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка D<S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Мелкий тремор языка. Глоточный рефлекс снижен. Объем активных движений оценить невозможно из-за тяжести состояния. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук D=S, оживлены; с ног D=S, оживлены. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs.

Интенционный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга проверить невозможно из-за тяжести состояния. Легкая дизартрия.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 3.

Больной Д., 40 лет.

Поступил в стационар с направительным диагнозом: «Железодефицитная анемия». Жалобы при поступлении на: общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, тупую диффузную головную боль, снижение внимания и памяти, слабость в руках, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, появление их ни с чем не связывает. Вначале появилась головную боль тупого характера, слабое головокружение, повышенную утомляемость, затем появилась вялость, раздражительность, нарушение сна, снижение памяти. Далее появилась слабость в руках, они начали «трястись», возникло чувство онемения кистей и стоп. В последний месяц стали беспокоить резкие приступообразные боли в животе. Проходил амбулаторное лечение с диагнозом «железодефицитная анемия», принимал сорбифер по 2 таблетки 3 раза в сутки, без эффекта. В последнюю неделю стал жаловаться на постоянную сонливость.

Анамнез жизни: Работает паяльщиком, занят в основном свинцовой пайкой водородным пламенем.

Наследственность: не помнит.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: курит по 1 пачке в день около 20 лет, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Состояние тяжелое. Рост 180 см., масса тела 80 кг. 8. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 19 в 1 минуту.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 86 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 86 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 110/60 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Видна лиловато-серая полоска по краю десен. Зев бледно-розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Недоведение правого глазного яблока кнутри на 5 мм.

Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык прямо. Глоточный рефлекс живой. Объем активных движений полный. Гипотония мышц кистей. Сила мышц в проксимальном отделе рук 4 балла (в основном в разгибателях), в дистальном отделе – 5

баллов, в мышцах ног – 5 баллов. «Свисающая кисть». Глубокие рефлексы с рук $D \leq S$ оживлены; с ног $D=S$, живые. Подошвенные – $D=S$, торпидные. Брюшные – abs. Мелкоамплитудный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга пошатывание. Нарушение болевой и температурной чувствительности по типу перчаток и носок.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 4.

Больной И., 47 лет.

Жалобы при поступлении на: «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе, быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью, боли в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания: 19 декабря 2008 года отравился угарным газом. Был госпитализирован в реанимационное отделение. С того момента появился «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе; быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью (в момент подъема АД принимает андипал по 1 таблетке). Периодически проходит стационарное лечение с временным эффектом.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка, хронический бронхит, гипертоническая болезнь.

Привычные интоксикации: курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см., масса тела 95 кг. Осанка правильная. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 16 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 76 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 76 в минуту, повышенного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - $S = D$ 140/70 мм.рт.ст.

Язык розового цвета, влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки $D=S$. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка $D \leq S$. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук $D=S$, живые; с ног $D=S$, живые. Подошвенные – $D=S$. Брюшные – abs. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга –

пошатывание. Болезненность при пальпации остистых отростков на шейном и поясничном уровнях.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 5.

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 6.

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, предпочитал лежать лицом вниз, значительно снизилась память, растерян, не может работать. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени, отмечены ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, скуловой симптом Бехтерева справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3.5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексы оживлены, больше справа, хватательные стопные знаки с двух сторон, нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии черепа костнодеструктивных изменений не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступены единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 7.

Больной Д 48 лет

Жалобы: слабость в ногах, онемение в ногах, больше левой, Тонические сведения в мышцах голени; боль в голеностопных суставах, ограничение движений в левом коленном, правом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания: болен с 1996г (после работы в Чернобыле) – появилось онемение в левой ноге, затем правой, практически сразу присоединилась слабость в ногах, больше в левой. Симптоматика медленно нарастает в динамике С 2002 года инвалид III группы. С 2005 года – нестабильность, прием гипотензивных препаратов нерегулярный.

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, полиневритическая гипестезия в стопах до середины голеней, выпадение ахилловых, снижение коленных рефлексов; снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног справа 4 балла, слева 2-3 балла, в стопах слева 3, справа 4 балла.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 8.

Больной 58 лет

Жалобы: на легкую слабость в руках, умеренно выраженную в ногах, преимущественно в проксимальных отделах; на повышенную утомляемость; на поперхивания при еде, невозможность самостоятельно проглотить твердую пищу.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания отмечает с 2002 года, когда заметил появление слабости в ногах при выраженной физической нагрузке (подъем в гору), чего не наблюдалось ранее. За медпомощью не обращался. Считает себя больным с 2005 года, когда за 7 месяцев похудел на 20 кг, появилась постоянная слабость в ногах при обычных физических нагрузках, затем в руках. Симптоматика за этот период (7 мес) выросла до легкого пареза в руках, умеренно выраженного в ногах. В последующем присоединились легкие бульбарные нарушения в виде поперхивания при еде, невозможности самостоятельно проглотить твердую пищу. На фоне регулярно проводимой терапии отмечает некоторый регресс неврологической симптоматики.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкая асимметрия носогубных складок D□S, легкий бульбарный синдром; легкая атрофия мышц плечевого пояса, ярче справа; снижение мышечной силы в проксимальных отделах рук 4 балла, проксимальных отделах ног 3 балла глубокие рефлексы высокие D □ S, без патологических знаков; снижение брюшных рефлексов; указательные пробы выполняет уверенно, покачивание в позе Ромберга. Болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 9.

Больной 69 лет

Жалобы: интенсивная боль в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника резко усиливающаяся при движении, иррадиирующие в правую руку, обе ноги; на слабость в ногах, слабость в правой кисти

Анамнез заболевания: 1998 г закрытая сочетанная травма с компрессионным переломом тела L1, состояние после декомпрессивной корпорэктомии L1с передним корпородезом, аллоплантатом от 01.03.98. 2005г – компрессионный перелом тела D6 позвонка. После перенесенных травм беспокоят вышеописанные жалобы.

Неврологический статус: боль паравертебральных точек, ограниченные движения в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, умеренно выраженный парез разгибателей правой кисти (2-3 балла), легкий парез в ногах (4 балла), легкая атрофия правой руки, мышц правого надплечья. Глубокие рефлексы с рук D □ S, с ног торпидны D=S, легкий атактический синдром, гипестезия в правой руке; положительные симптомы натяжения

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).

3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 10.

Больная Л 79 лет

Жалобы при поступлении: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, боли в области сердца, гипергидроз

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 220/...; нерегулярно принимала дибазол, папаверин. 3.10.08 в поликлинике ОКБ (прием к сурдологу) остро развилась сильная головная боль, боли в области сердца, гипергидроз, рвота желчью; зарегистрировано ↑ АД 250/140, с диагнозом «Гипертонический криз, острая гипертоническая энцефалопатия», госпитализирована ревматологическое отделение ОКБ. В последующие дни сохранялось высокое АД 180-200/100, головная боль, рвота. На 3-и сутки с момента заболевания присоединение менингеальная симптоматика.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$; парезов нет, глубокие рефлексы торпидны $d = s$, рефлексы орального автоматизма.

Регресс менингеального синдрома к 10 дню заболевания

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 11.

Больная Т., 49 лет

Жалобы: диффузная головная боль преимущественно теменно-затылочной локализации, сопровождающаяся тошнотой, рвотой; общая слабость, субфебрилитет

Анамнез заболевания: 17.03.18 при небольшом натуживании остро развилась боль в теменно-затылочной области, повторяющаяся рвота, головокружение. Госпитализирована в неврологическое отделение ЦРБ (аналгин, спазмолитики, мексидол). 18.03 выписана по просьбе больной, сохранялись головная боль, головокружение, тошнота. С 20.03 – субфебрилитет. Направлена с областного приема в стационар по cito.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, болезненность окципитальных точек, легкая ригидность затылочных мышц, 2-х сторонний Кернига

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Приложение 2

**к рабочей программе практики
«Обучающий симуляционный курс»**

Индивидуальное задание на производственную (клиническую) практику

«Обучающий симуляционный курс»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.49 Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения производственной
(клинической) практики «Обучающий симуляционный курс»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень общеврачебных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Удаление инородного тела верхних дыхательных путей	5
2	Коникотомия, коникопункция	5
3	Базовая сердечно-легочная реанимация	5
4	Промывание желудка	5
5	Сифонная клизма	5
6	Пункция периферической вены	5
7	Катетеризация периферической вены	5
8	Пункция плевральной полости	5
9	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)	5
10	Временная остановка наружного кровотечения	5
11	Наложение мягкой повязки	5
12	Остановка носового кровотечения	5
13	Иммобилизация конечности при травмах	5
14	Неотложная помощь при внутреннем кровотечении	5
15	Определение группы крови и резус-принадлежности крови (индивидуальной совместимости)	5

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Методика осмотра пациента с заболеванием внутренних органов	10
2	Умение определить показания к проведению интенсивной терапии	10
3	Умение обоснования необходимости инструментального обследования	10
4	Умение интерпретации данных рентгеноскопии, рентгенограмм, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, контрастных рентгенологических методов при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа	10
5	Умение интерпретации данных эндоскопических методов диагностики: ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия	10
6	Умение регистрации и интерпретации данных ЭКГ при различных патологиях сердечно-сосудистой системы, проведение ЭКГ-мониторирования	10
7	Умение интерпретации данных эхокардиографии с доплерографией	10
8	Умение интерпретации данных спирометрии, умение проведения мониторинга бронхиальной проходимости с помощью пикфлоуметра, интерпретация результатов	10
9	Умение интерпретации данных радиоизотопных методов диагностики	10
10	Умение интерпретации данных ультразвуковых методов диагностики	10
11	Оценка времени свертываемости, АЧТВ, протромбинового индекса	10

12	Определение групп крови, ошибки при определении групп крови. Методы определения системы резус-антигенов, понятие о резус позитивности и резус-негативности, ошибки при определении резус-фактора	10
13	Проведение проб на групповую и резус-совместимость, на совместимость крови донора и реципиента.	10
14	Оценка гликемического профиля; теста толерантности к глюкозе	10
15	Оформление медицинской документации	10

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) ФИО

высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Приложение 1
к рабочей программе практики

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

1. Паспорт ОС по производственной (клинической) практике «Обучающий симуляционный курс»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
2.	УК-2	Знает: этику и деонтологию врача Умеет: - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
3.	ПК-5	Знает: - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Умеет: - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического	1. Дневник практики 2. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>обследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 		
4.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
5.	ПК-7	<p>Знает: алгоритмы выполнения практических навыков</p> <p>Умеет: оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеет: основными общеврачебными и специальными навыками оказания медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
6.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <p>Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	<p>1. Дневник практики</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: Комплект практико-ориентированных заданий.

2.2.1. Содержание

Комплект практико-ориентированных заданий включает проверку практических навыков, представленных в рабочей программе (общеврачебных и специальных навыков) (УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

Примеры практико-ориентированных заданий:

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

№ 1

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

. Окажите неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть обострения	
3.	Назначил бронходилататор быстрого действия через небулайзер	
4.	Ввел глюкокортикостероид внутривенно при тяжелом состоянии или дал преднизолон внутрь	
5.	Назначил кислородотерапию, установил скорость подачи кислорода	

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Шкала оценивания:

-«отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения,

- нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;
- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;
 - «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;
 - «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения практико-ориентированных заданий, проверяющих выполнение не менее двух общеврачебных навыков и не менее двух специальных навыков. Каждый навык оценивается отдельно по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕВРАЧЕБНЫМ НАВЫКАМ

№ 1

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (удаление инородного тела из верхних дыхательных путей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Наличие кашля	
4	Оценка дыхания	
5	Оценка сознания	
6	Ревизия ВДП	
7	Тактика действий в зависимости от возраста, особенностей телосложения	
8	Проведение приема Геймлиха	
а)	правильность расположения рук оказывающего помощь и туловища пострадавшего	
б)	число и последовательность тракций	
10	Эффективность проведения	
11	Последующие действия	

№ 3

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Машиной СМП в стационар доставлен больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, слабость. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°C, в легких дыхание везикулярное, пульс 76 ударов в мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

За 7-8 часов до заболевания ел маринованные грибы домашнего приготовления.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (промывание желудка) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Оценка сознания	
3	Положение пациента	
4	Выбор размера зонда	
5	Выбор раствора для промывания	
6	Расчет объема жидкости	
7	Техника заведения зонда	
8	Объем одной фракции применяемого раствора	

9	Показания к прекращению промывания желудка	
10	Эффективность	
11	Извлечение зонда	

№ 4

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Пациенту, 35 лет, была назначена внутримышечная терапия цефазолином. Через несколько минут после в/м введения цефазолина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца глухие. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение пункции периферической вены для введения глюкокортикоидов) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки иглы	
е)	пункция вены	
ж)	забор материала / введение медикаментов	
з)	контроль правильности положения иглы	
и)	извлечение иглы	
6	Утилизация иглы	
7	Дальнейшая тактика	

№ 5

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Больной амбулаторно лечился по поводу ОРВИ. Однако, на фоне лечения, через 5 дней развилась пневмония, что стало основанием для госпитализации.

При нахождении в стационаре состояние ухудшилось. На фоне фебрильной температуры отмечается нарастание одышки и явления дыхательной недостаточности. Перкуторно границы сердца смещены влево, в нижних отделах правой половины грудной клетки тупой звук, дыхание не проводится.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).

2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (пункция плевральной полости) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Выбор точки пункции в зависимости от показания	
6	Выполнить пункцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка операционного поля	
г)	проведение прлевральной пункции	
д)	оценка эффективности	
6	Удаление иглы	

№ 6

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение кониопункции) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Место пункции	
6	Выполнить пункцию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи в месте пункции	
г)	пункция	
д)	оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 7

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате автомобильной аварии у водителя имеется рана левого плеча, из которой отмечается обильное кровотечение. Наложённая повязка промокает алой кровью. Пострадавший бледен, пульс 98 ударов в минуту, на левой руке не определяется.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	
5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 8

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

У женщины, длительное время страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, вследствие случайного ранения проволокой возникло обильное кровотечение непрерывной струёй тёмного цвета. Пульс 90 уд/мин, АД 115/70 мм рт ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	

5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 9

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Мужчина 28 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают "кофейную гущу". В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. Пальпация живота умеренно болезненная в области эпигастрия. Пульс 98 ударов в мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (неотложная помощь при внутреннем кровотечении) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Вызов бригады СМП	
4	Способы уменьшения кровотечения	
5	Расчет объема инфузионной терапии, ее качественный состав	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 10

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию, неспособность помочиться.

При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (катетеризация мочевого пузыря мягким катетером) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Собрать набот для катетеризации	
4	Выполнить катетеризацию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи и слизистых	
г)	выбор и подготовка катетера	
д)	заведение катетера	
е)	оценка эффективности	
5	Фиксация катетера	

№ 11

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 64 года, обратилась с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение сифонной клизмы) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать раствор для введения	
3	Собрать набор для проведения сифонной клизмы	
4	Положение пациента	
5	Выполнить манипуляцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	выбор и подготовка наконечника	
г)	техника и глубина введения	
5	Фракционное введение раствора	
6	Оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 12

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

При спуске с горы на лыжах женщина упала, возникли резкие боли в области бедра, усиливающиеся при изменении положения. Встать на ногу не может.

При осмотре: стопа неестественно вывернута наружу, целостность кожных покровов не нарушена.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести иммобилизацию конечностей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать метод иммобилизации	
3	Правила иммобилизации	
4	Оценка эффективности	
5	Способ и вид транспортировки	

№ 13

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 30 лет обратилась за помощью с резаной раной на наружной поверхности предплечья правой руки.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (наложение мягкой повязки) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать вид повязки	
3	Правила наложения	
4	Оценка эффективности	

№ 14

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (остановка носового кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Проведение остановки носового кровотечения	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	оценка эффективности методов	
6	Выполнение передней тампонады	
7	Контроль и эффективность	
8	Дальнейшая тактика	

№ 15

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 35 лет, госпитализирована в стационар с целью сохранения беременности. Назначена длительная медикаментозная терапия путём в/в капельного введения препаратов. Вена в области локтевого сгиба на левой руке склерозирована; на правой руке - тонкая. **Задания:**

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести катетеризацию периферической вены) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию и катетеризацию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки катетера	
е)	пункция вены, заведение катетера	
ж)	снятие жгута	
з)	фиксация катетера	
и)	введение медикаментов	
к)	контроль правильности положения катетера	
л)	извлечение катетера	
6	Утилизация иглы, катетера	
7	Дальнейшая тактика	

№ 16

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

По медицинским показаниям больному требуется переливание 200 мл цельной крови. При определении групповой принадлежности крови пациента наблюдалась агглютинация эритроцитов с цоликлоном анти-В и отсутствие агглютинации с цоликлоном анти-А. Определение резус-фактора с помощью цоликлоном анти-D-супер показало наличие агглютинации.

Задания:

1. Определите группу крови и резус принадлежность крови (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте определение группы крови и резус принадлежности крови на фантоме (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Убедиться в пригодности цоликлонов, донорской крови	
2	Надеть маску, очки, фартук, нарукавники, перчатки, обработать перчатки	
3	На блюде написать Ф.И.О. реципиента	
4	Вскрыть ампулы с цоликлонами	
5	Получить кровь реципиента	
6	В лунки внести по 1 капле (0,1 мл) цоликлонов	
7	Отдельным концом стеклянной палочки или отдельной пипеткой для каждой лунки перенести каплю крови (0,01 мл) в 10 раз меньше капли цоликлона с предметного стекла в лунку и смешать с каплей цоликлона до гомогенного пятна	
8	Блюде осторожно покачивать в течение 2 мин.	
9	При наличии гемагглютинации с цоликлонами анти-А, -В, -АВ проводится тестовый контроль с изотоническим раствором хлорида натрия	
10	Блюде, палочки, пипетки, шприцы, иглы дезинфицируются в 3% растворе хлорамина в течение 1 ч.	

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ НАВЫКАМ

1. Окажите неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть обострения	
3.	Назначил бронходилататор быстрого действия через небулайзер	
4.	Ввел глюкокортикостероид внутривенно при тяжелом состоянии или дал преднизолон внутрь	
5.	Назначил оксигенотерапию, установил скорость подачи	

кислорода	
-----------	--

2. Окажите неотложную помощь при легочном кровотечении (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Провел мероприятия по предупреждению асфиксии: обеспечение проходимости дыхательных путей, придание возвышенного положения тела пациента	
4.	Назначил медикаментозное лечение: венозные вазодилататоры (нитроглицерин), коррекция фибринолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота), инфузионная терапия, свежезамороженная плазма, этамзилат, антибактериальная терапия	
5.	Провел определение группы крови, назвал показания к переливанию эритроцитарной массы	
6.	Назвал эндоскопические методы остановки кровотечения	
7.	Назвал показания к оперативному лечению при легочном кровотечении	

3. Окажите неотложную помощь при нарушении ритма сердца (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Назначил медикаментозное лечение: антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Провел определение группы крови, назвал показания к переливанию эритроцитарной массы	
6.	Назвал показания к электроимпульсной терапии и/или временная/постоянная электрокардиостимуляции	
7.	Назвал показания к консультации кардиолога	

4. Окажите неотложную помощь при гипертоническом кризе (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Назначил медикаментозное лечение: терапия антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно	
5.	Выполнил интерпретацию данных эхокардиографии	
6.	Назначил последующую антигипертензивную терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в режиме монотерапии пациентам низкого и среднего стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии пациентам среднего, высокого и очень высокого стратификационного риска, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Достигнуто снижение артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	

5. Окажите неотложную помощь при сердечной астме, отеке легких (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	
5.	Выполнена пульсоксиметрия	
6.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	
7.	Назначена эхокардиография, выполнена интерпретация полученных данных	
8.	Назначена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар, выполнена интерпретация полученных данных	

9.	Назначил медикаментозное лечение: опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или "петлевыми" диуретиками и/или адрено- и допаминиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
10.	Назначено ингаляторное введение кислорода (при сатурации менее 95%)	
11.	Назвал показания к неинвазивной искусственной вентиляции легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляторного введения кислорода и медикаментозной терапии)	

6. Окажите неотложную помощь при остром коронарном синдроме (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	
5.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	
6.	Назначена эхокардиография, выполнена интерпретация полученных данных	
7.	Назначил медикаментозное лечение: опиоидами, нитратами, адреноблокаторами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Назвал показания к тромболитической терапии	

7. Окажите неотложную помощь при пневмотораксе (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
4.	Назначил рентгенографию грудной клетки в прямой и боковой	

	проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар, выполнил интерпретацию полученных данных	
5.	Выполнил пункция и/или дренирование плевральной полости не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
6.	Определил показания к хирургическому вмешательству (при неэффективности дренирования плевральной полости в течение 72 часов)	
7.	Назначил контрольную рентгенографию органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях	
8.	Назначена профилактика гнойно-септических осложнений в период госпитализации	
9.	Достигнуто расправление легкого на момент выписки из стационара	

8. Окажите неотложную помощь при аллергической реакции (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил медикаментозное лечение: лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Достигнуто исчезновение или уменьшение площади и выраженности высыпаний	

9. Окажите неотложную помощь при эндогенной коме (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
4.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 10 минут от момента поступления в стационар, в дальнейшем не реже 3 - 5 раз в сутки	
5.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
6.	Выполнил электрокардиографическое исследование не	

	позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
7.	Назначил исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НbО) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
8.	Назначил парентеральное введение декстрозы или глюкагона (при гипогликемической коме и отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Назначил парентеральное введение инсулина (при гипергликемической коме)	
10	Назначил инфузионную терапию не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
11.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
12.	Назначил искусственную вентиляцию легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)	
13.	Назначил консультацию врача-невролога	
14.	Достигнут уровень глюкозы в крови от 13 до 15 ммоль/л в первые 24 часа от момента поступления в стационар (при гипергликемической коме)	

10. Окажите неотложную помощь при почечной колике (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врача-уролога не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
4.	Назначил введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные средства или лекарственных препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Назначил ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и обзорная урография (рентгенография мочевого выделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	
6.	Определил показания к дренированию верхних мочевого выделительных путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 6 часов)	
7.	Назначил контрольную обзорную урографию (рентгенография)	

	мочевыделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей)	
--	--	--

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

**к рабочей программе практики
«Производственная (клиническая)
практика – базовая часть»**

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.49 Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Количество
1	Методика клинического исследования терапевтических больных	
2	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	
3	Фармакотерапия внутренних болезней	
4	Выбор тактики лечения.	
5	Диагностика и оказание экстренной помощи при ургентных состояниях	
6	Определение профиля стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнений и преобладания синдрома на момент госпитализации; определение показаний к срочной или плановой госпитализации	
7	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	
8	Организация оценки качества оказания медицинской помощи	
9	Составление индивидуальных программ медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение.	
10	Проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья; предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.	
11	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Приложение 1
к рабочей программе практики

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1- 2 год обучения
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1- 2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

2.	УК-2	<p>Знает: этику и деонтологию врача</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий 	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
3.	ПК-1	<p>Знает: основные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составить план мероприятий по формированию здорового образа жизни - составить план мероприятий по предупреждению возникновения и (или) распространения заболеваний - обеспечить раннюю диагностику заболеваний 	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
4.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
6.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

		терапевтической медицинской помощи		
7.	ПК-8	Знает: показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации Умеет: составить план медицинской реабилитации пациента с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
8.	ПК-9	Знает: принципы первичной и вторичной профилактики заболеваний Умеет: составить план первичной и/или вторичной профилактики пациенту	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
9.	ПК-10	Знает: - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; Умеет: - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация по практическим навыкам проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больная Ю., 53 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, сжимающие боли в сердце, возникающие и в покое и при физической нагрузке (ходьба на 200-300 м), проходящие после прекращения нагрузки, одышку при минимальной физической нагрузке, периодически подъемы температуры до субфебрильных значений. Отдаленный анамнез без особенностей, профессиональных вредностей не было. Данные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Климакс с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 37,2°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 20 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, край ровный, немного болезненный, плотной консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).

6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Кардиология

№ 1

Больная Н., 60 лет, обратилась в приемный покой: ухудшение самочувствия второй день. Вчера вечером на работе внезапно почувствовала головокружение, слабость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Приняла корвалол, валидол, продолжала дежурить. Беспокоила одышка при физической нагрузке, сердцебиение.

Из анамнеза: около 10 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится, периодически при повышении АД принимает клофелин, цифр рабочего АД не знает. Около 2 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 84 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 120 в минуту, аритмичный, напряжен. АД-164/102 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 150 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 2

Больной Ш., 37 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе, не купирующиеся нитроглицерином, одышку при физической нагрузке, приступы сердцебиения, обмороки, слабость.

Из анамнеза: впервые шумы в сердце были выявлены в 8 лет, но обследование не проводилось. С 15 лет наблюдался у ревматолога. Обморочные состояния появились 2 месяца назад. Обратился к участковому терапевту, который направил больного в стационар на дообследование. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 61 кг. Отеков нет.

ЧД - 20 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 84 в минуту, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 138/90 мм рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в проекции передней грудной стенки по левому краю грудины. Перкуторно - левая граница относительной тупости сердца смещена влево на 1 см в

У межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультивно - тоны сердца приглушены, ритм правильный. Над всей поверхностью сердца выслушивается нарастающе-убывающий систолический шум, грубый, высокой интенсивности. Области звучания - верхушка сердца и точка Боткина. Громкость шума усиливается в положении "стоя". Шум не проводится на сосуды шеи. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 3

Больная З., 22 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: с детства часто болела ангинами, перенесла полиартрит. До 20-летнего возраста чувствовала себя удовлетворительно. В последующие годы отмечала одышку при физических нагрузках, сердцебиение. В последние 3-4 недели появились отеки, усилилась одышка, кашель. Обратилась к участковому терапевту, который направил ее в стационар.

Состояние тяжелое, сознание ясное, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы с желтушными, сухие. Набухание и пульсация шейных вен («положительный венный пульс»). Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер.

ЧД - 26 в 1 мин. При перкуссии над легкими притупление в нижних отделах. Аускультативно: дыхание жесткое, в нижних отделах легких влажные мелкопузырчатые хрипы.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 110/74 мм рт.ст. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок в 5 межреберье, ограниченный. Над верхушкой определяется "кошачье мурлыканье". Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 2,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне II межреберья. На верхушке выслушивается хлопающий I тон, ритм "перепела", диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 115 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная с острым краем, пульсирует. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 4

Больной Ф., 63 лет госпитализирован в палату интенсивной терапии с диагнозом: ИБС, острый нижний инфаркт миокарда. Ухудшение в состоянии в течение последних суток до госпитализации, когда стал отмечать интенсивные боли за грудиной, не купирующиеся нитроглицерином.

В анамнезе – гипертоническая болезнь с 55 лет, регулярно антигипертензивную терапию не получал. В течение многих лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Накануне поступления был дегтеобразный стул. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет.

Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Кожные покровы бледные, холодные; слизистые – бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 175 см. Вес 70 кг. Отеков нет.

ЧД 24 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота 160 в мин, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД 80/40 мм рт.ст. Границы сердца: левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, слабо болезненный в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 5

Больной Л., 47 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, отеки голеней, общую слабость. В течение последних 8 лет злоупотребляет алкоголем (употребляет до 700 грамм водки 3-4 раза в неделю). Вышеописанные жалобы появились в течение последних двух недель. Обратился в поликлинику. На зарегистрированной ЭКГ выявлены изменения, в связи с чем был направлен на госпитализацию.

При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы влажные, цианоз носогубного треугольника, губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост - 184 см, вес - 67 кг. Отеков нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Левая граница относительной сердечной тупости определяется в V межреберье на 2

см кнаружи от срединно-ключичной линии. Правая и верхняя границы - не изменены. Тоны сердца ослаблены, выслушивается патологический III тон, систолический шум на верхушке сердца. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧД - 22 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. В нижних отделах легких с обеих сторон дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край закруглен, плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 6

Больная Ю., 53 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, сжимающие боли в сердце, возникающие и в покое и при физической нагрузке (ходьба на 200-300 м), проходящие после прекращения нагрузки, одышку при минимальной физической нагрузке, периодически подъемы температуры до субфебрильных значений. Отдаленный анамнез без особенностей, профессиональных вредностей не было. Данные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Климакс с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 37,2°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 20 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, край ровный, немного болезненный, плотной консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 7

Больная Х., 54 лет, обратилась в поликлинику после работы с жалобами на учащение в течение последние 3 дней болей в области сердца, иррадиирующих в левую руку, возникающих при ходьбе на работу и волнениях, проходящих в покое и после приема нитроглицерина.

В анамнезе: в течение 6 лет страдает стенокардией, принимает с положительным эффектом нитросорбид. Отмечает эпизоды повышения АД до 190/110 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, постоянно препараты для коррекции АД не принимает. 2-3 раза в месяц отмечает появление сердцебиений длительностью 5-10 минут, на проведенном год назад суточном мониторинге ЭКГ выявлены пароксизмы фибрилляции предсердий. В 2002 году перенесла ишемический мозговой инсульт. Периодически после употребления жирной еды отмечает появление болей в правом подреберье. Около 10 лет знает о наличии сахарного диабета, принимает манинил 5 мг по 1 таб. 2 р\д, уровень сахара не определяла в течение последнего года.

При осмотре: Состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы гиперемированы, влажные; слизистые – бледно-розовые, чистые. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см. Вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки голеней. ЧД 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота 84 в мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен, единичные экстрасистолы (до 4-6 в минуту). АД 185/100 мм рт.ст. Границы сердца: левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Кера - слабоположительные. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, край мягкий, гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена в размере, в обеих долях пальпируются узлы диаметром до 1 см.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 8

Больной Ф., 57 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на наличие давящих и сжимающих болей в области сердца и за грудиной, возникающих при ходьбе на расстояние 150 м, подъеме на 1 этаж, с иррадиацией в шею и нижнюю челюсть, самостоятельно проходящих в покое за 3-5 минут. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней, когда после переохлаждения стал нарастать кашель, особенно в ранние утренние часы, с трудноотходящей зеленоватой мокротой, отмечал подъем температуры до 38,2°C, появление одышки при незначительной физической нагрузке.

Туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болел. С 45 лет страдает стенокардией. В 52 года была выполнена операция аортокоронарного шунтирования в г. Москве, после которой в течение 3

лет ангинозные боли не беспокоили. В последние 2 года для профилактики приступов болей в сердце постоянно с положительным эффектом принимает нитропрепараты. Много курит. Ранее работал в цехе с повышенным содержанием асбестовой пыли. Страдает хроническим бронхитом. Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые – гиперемированы, чистые, умеренной влажности, горячие. Температура 37,6 С. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 180 см. Вес 65 кг. Отеки голеней.

ЧД 26 в мин. Перкуторный звук над легкими – коробочный. Дыхание ослабленное, единичные сухие свистящие рассеянные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 152/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая - на 1.5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, систолический шум над мечевидным отростком грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева от грудины. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 9

Пациент В., 53 лет, поступил в стационар по направлению участкового терапевта. При поступлении предъявляет жалобы на учащение и удлинение давящих болей в области сердца (за грудиной и в области желудка); особенно сильными боли стали в последние 3 дня.

Ухудшение самочувствия возникло после стресса на работе: боли стали интенсивнее, боли чаще возникают во время физической нагрузки расширилась зона иррадиации в эпигастрий; стала беспокоить изжога, тошнота после приема пищи, отрыжка кислым. Лечился пищевой содой, однако явного улучшения самочувствия не было, обратился за медицинской помощью.

В анамнезе: около 5 лет страдает стенокардией, обследовался в кардиоотделении, во время проведения нагрузочной пробы 2 года назад выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм ниже изолинии в отведениях v3-v6, I, avL. В последнее время принимал по поводу стенокардии только аспирин в дозе 250 мг в сутки. 2 года назад прекратил курить. Алкоголь практически не употребляет (2 – 3 раза в год в небольших количествах).

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 85 кг. Отеков нет. ЧД 16 в мин. При перкуссии легких – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах несколько ослаблено. Пульс одинаковый на обеих руках, 54 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний край 3 ребра. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Слизистая ротоглотки розового цвета, чистая. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации

живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 10

Больная А., 62 лет, доставлена в стационар с жалобами на выраженные давящие боли в области сердца, с иррадиацией в левое плечо и нижнюю челюсть, страх смерти, общую слабость, головокружение.

Много лет страдает гипертонической болезнью, в 1997 году перенесла ишемический инсульт, сохраняется слабость в правых конечностях, головокружения при резком изменении положения тела. Измеряет АД не чаще 1 раза в неделю, обычно АД на уровне 170/100 мм рт.ст. Принимает эпизодически капотен. При быстрой ходьбе беспокоили одышка, сердцебиения, которые в покое самостоятельно проходили. Около 10 лет знает о наличии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. ФЭГДС давно не выполняла. Ухудшение самочувствия в течение последних 4 часов, когда после выполнения тяжелой нагрузки (работала на огороде) появились вышеописанные жалобы, вызвала скорую помощь.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голеней.

ЧД 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения, не напряжен. АД 100/66 мм.рт.ст. Границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, шумов нет, акцент 2 тона над аортой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 11

Больная П., 60 лет госпитализирована в стационар с жалобами на приступы сердцебиений, преимущественно в ночные часы; подъемы АД до 210/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью и рвотой; боли в эпигастрии натошак.

Неоднократно вызывала скорую помощь на дом, на ЭКГ были зафиксированы эпизоды неправильного ритма с высокой частотой желудочковых сокращений, с отсутствием зубца Р, неизменными желудочковыми комплексами, наличием мелких волн. При осмотрах регистрировались высокие цифры АД, от госпитализации ранее отказывалась.

Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Имеет распространенный остеохондроз, по поводу которого в течение последнего месяца принимала ежедневно перорально индометацин. 5 лет назад перенесла ишемический инсульт, движения в конечностях восстановились полностью.

Ухудшение самочувствия на протяжении 2 недель, когда участились приступы сердцебиений, часто стал беспокоить дискомфорт в области эпигастрия. Обратилась в поликлинику, для обследования была направлена в стационар.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 72 уд. в минуту, ритмичный, напряжен, наполнен. АД 185/110 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний края 3 ребра. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Язык влажный, обложен беловатым налетом у корня. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, резко болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 12

Больная Т., 40 лет, госпитализирована с жалобами на отечность лица, покраснение кожи, чувство жжения в различных участках тела, головокружение, общую слабость, одышку. Ухудшение возникло остро около 3 часов назад после приема таблетки кордафлекса. Пациентка, измеряя артериальное давление, выявила его повышение до 150/90 мм рт.ст. и решила принять кордафлекс. Через некоторое время появился кожный зуд, головокружение, стал развиваться отек лица. Вызвала бригаду СМП.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. В течение 6 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу чего принимает берлиприл. Около года назад была выявлена гипергликемия, в связи с чем больная соблюдает диету. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В детстве отмечалась аллергия на цитрусовые, шоколад. На медикаменты аллергических реакций не отмечала. Материально-бытовые условия хорошие. Гинекологически здорова.

При осмотре выявляется гиперемия кожных покровов, отечность лица, слизистой губ. Слизистые

бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 56 кг. Отеков нижних конечностей нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка нормостеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. При перкуссии справа и слева звук ясный легочный. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 104/72 мм рт. ст. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Ревматология

№ 13

Больную Г., 43 лет, около 2 недель беспокоят периодические боли в голеностопных суставах, не связанные с физической нагрузкой, не уменьшающиеся на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов. В период болей суставы бывают умеренно отечны, движения в них ограничиваются из-за болей. Суставной синдром сопровождается субфебрилитетом и появлением на коже сыпи, симметрично на правой и левой голени. Сыпь за время своего существования изменяется: в начале появляются элементы розового цвета и диаметром 1-2 см, через несколько часов они становятся багрово-синюшными и имеют склонность к слиянию, через несколько суток - темно-коричневыми, потом - бесследно исчезают. Высыпания болезненные, возвышаются над поверхностью кожи. За 2 недели до появления артралгии и высыпаний больная пересла ангину. Пациентка самостоятельно принимала димедрол, тавегил для лечения сыпи, но эффекта не было. Отмечался субфебрилитет. Обратилась к участковому терапевту, который направил больную в терапевтическое отделение.

При осмотре: общее состояние ближе к средней тяжести. Сознание ясное. На коже ног в области голеней - сыпь, с элементами розового, багрового и темно-коричневого цвета, имеющими склонность к слиянию, возвышающимися над поверхностью кожи, не бледнеющими при надавливании, болезненная при пальпации. На остальных участках кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Левая голень отечная, по окружности превышает правую на 4 см. Суставы внешне не изменены. Движения в них совершаются в полном объеме. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. ЧД 16 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 122/84 мм рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Живот при

пальпации безболезненный, мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 14

Больной Х., 24 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Больным себя считает около месяца. Накануне заболевания была проведена экстракция зуба.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 10-15 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю, не более 100-150 мл сухого вина.

При осмотре состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, единичные петехиальные высыпания на ногах. «Пляска каротид». Пальпируемые лимфоузлы не увеличены. Незначительные отеки голеней.

ЧД – 24 в 1 мин. Над всей поверхностью легких перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 108 ударов в 1 минуту, ритмичный, по свойствам *celer et altus*. АД - 142/40 мм рт.ст. Верхушечный толчок смещен вниз и влево, разлитой, высокий, «куполообразный». Тоны сердца приглушены, диастолический шум в точке Боткина. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, умеренно болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 15

Больной Н., 29 лет поступил в стационар с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, головные боли.

Считает себя больным около 5 лет, когда после впервые отметил появление болей в поясничном отделе позвоночника. Боль локализуется в глубоких ягодичных мышцах, возникает периодически,

распространяясь на верхние отделы бедер. Боль наиболее интенсивна в периоды двигательной активности и реже отмечается в первую половину дня и после длительного отдыха. У родственников подобных жалоб и воспалительных заболеваний суставов не было. Больной чувствует себя лучше после терапии нестероидными противовоспалительными средствами и отдыха на твердой постели без подушки.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Гормонами не лечился. Переливаний крови не было. Операций не было. Лекарственной аллергии не выявлено.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное. Несколько пониженного питания. Уменьшен физиологический лордоз позвоночника в поясничном отделе, увеличен тонус паравертебральных мышц. При наклоне вперед расстояние пальцы-пол равно 12 см. Внешних признаков поражения суставов конечностей, кожи, глаз и мочеполовой системы не выявлено. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца звучные. АД 130/80 мм. рт. ст. ЧД 16 в 1 минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, над всеми легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 16

Больной Г., 39 лет, обратился за медицинской помощью в апреле 2010 г. с жалобами на боли в голеностопных и коленных суставах, слабость. В марте 2010 г. перенес острую кишечную инфекцию. Через две недели у больного повысилась температура до 38°C, появились боли в глазах, кожная мелкопятнистая сыпь, болезненность при мочеиспускании. Затем присоединились боли в правом коленном и левом голеностопном суставах.

Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болел. Гемотрансфузии не проводились. Травм, операций не было. Выкуривает 18-20 сигарет в сутки, алкоголь раз в неделю не более 100-150 мл водки. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост 178 см, вес 76 кг. Температура тела – 37,5 С. На коже грудной клетки, конечностей определяется мелкопятнистые папулезные высыпания. Конъюнктивы обоих глаз гиперемированы, слезотечение. Левый голеностопные и правый коленные суставы — отечны, болезненны при пальпации, движения в них ограничены. Периферические лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Отеков нет. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание – везикулярное, хрипов не выслушивается. Область сердца и крупных кровеносных сосудов не изменена. Пульс – 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 130/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от края грудины в 4 межреберье, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – по верхнему краю III ребра. Тоны сердца звучные. ЧД – 15 в 1 мин.. Язык обложен белым налетом. Живот обычных размеров, при пальпации – мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание - болезненное. Status localis: губки уретры отечны, гиперемированы, уретра при пальпации уплотнена и слегка болезненна.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 17

Больная А., 30 лет, поступила в стационар в плановом порядке с жалобами на слабость, сердцебиения и одышку при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице, снижении работоспособности. Из анамнеза известно, что в 12-летнем возрасте перенесла скарлатину, болела более месяца, получала антибактериальную терапию. После перенесенного заболевания периодически отмечала слабость, боли в плечевых суставах, подъемы температуры без катаральных явлений. ОРВИ 2-3 раза в год. Никогда не обследовалась. Настоящее ухудшение в самочувствии после очередного ОРЗ. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Рост - 164 см, вес - 52 кг, ЧД - 20 в минуту в покое. При сравнительной перкуссии легких - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС-92 в минуту, ритмичный. АД-110/60 мм рт ст. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой, усиленный в 5 м.р. на 2 см кнаружи от левой средне - ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 кнаружи от правого края грудины в 4 м. р., верхняя - II межреберье, левая на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, в 5 м. р. Первый тон на верхушке сердца ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум, связанный с I тоном, занимающий 2/3 систолы, шум проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по краю реберной дуги (размеры по Курлову 9x8x7), селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 18

Больной Л., 59 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на рецидивирующие носовые кровотечения, нарастающую общую слабость, головокружения, одышку и сердцебиения при умеренной физической нагрузке, кашель с трудно отделяемой мокротой по утрам. Перечисленные симптомы беспокоят на протяжении последних 3-4 месяцев, постепенно данные симптомы нарастают.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Переливали эритроцитарную массу без осложнений. Травм, операций не было. Аллергические реакции на

пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: мать страдает гипертонической болезнью с 45 лет, перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, по папиной линии у дяди было заболевание крови, связанное с повышенной кровоточивостью.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура – 36,6С. Кожные покровы и слизистые бледные, влажные. На лице и слизистой полости рта – множественные мелкие ярко-красные элементы типа звездочек в диаметре до 2-3 мм, не выступающие над кожей, не исчезающие при надавливании, не зудящие, не симметричные. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 72 кг. Пастозность голеней. ЧД – 19 в минуту. Над всей поверхностью легких легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, выслушиваются с обеих сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 80 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 150/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 19

Больная Д., 50 лет госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на боли при ходьбе и ограничение движений в коленных суставах.

Больна около года. К врачам не обращалась. Эпизодически по совету знакомых принимала парацетамол с кратковременным эффектом. Ухудшение самочувствия в течение 2 недель на фоне физических нагрузок (работа на огороде).

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, роды – 1. Менопауза.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 158 см, вес 80 кг. Температура тела 36,7о С. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается небольшой периартикулярный отек в области коленных, суставов. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены из-за болезненности. Пальпаторно определяется симптом крепитации преимущественно в правом коленном суставе. Мышечной атрофии нет.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 20

Больная Ж., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ознобы, боли в мелких и крупных суставах, припухлость и покраснение суставов, головную боль по типу мигрени, нарушение координации движений, утомляемость, слабость, резкое похудание, появление высыпаний на лице, сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, тяжесть в правом подреберье, в поясничной области.

3 года назад после родов стали беспокоить слабость, крапивница. В течение последнего года постепенно появились выше перечисленные симптомы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 3-х дней: резко усилились слабость, головная боль, припухлось и покраснение суставов, повысилась температура.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пониженного питания. Температура тела 38°C. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. На лице эритематозные дискоидные очаги, больше на щеках, лбу. На предплечьях и в области локтевых суставов по внутренней поверхности - бледно-розовая, пятнистая сыпь. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечается припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов, с ограничением их подвижности. Отеков нет.

ЧД 20 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Справа в нижне - латеральных отделах выслушивается шум трения плевры. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 146/94 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, плотноватой консистенции, чувствительная, с заостренным краем. Размеры печени по Курлову 11-10-8 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 21

Больная Ч., 40 лет обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на боли и ограничение

движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня.

Больна 3 года. Обследовалась и лечилась в условиях специализированного отделения областной клинической больницы. После выписки из стационара рекомендации не соблюдала, принимала бруфен без видимого эффекта. Ухудшение самочувствия в течение 1 недели (после перенесенного ОРВИ). Лечилась самостоятельно: смазывала суставы препаратами с обезболивающим эффектом. Улучшения от местной терапии не отмечает.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 154/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 22

Больная С., 50 лет, госпитализирована по неотложной помощи с жалобами на появление отеков на лице, боли в мышцах, поперхивание при глотании, срыгивание пищи, сухость во рту, ощущение песка в глазах, запоры, зябкость и онемение рук, боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку в покое. Заболевание началось 10 лет назад с онемения и побледнения пальцев рук ("мертвый палец"), особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах, и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 дня стали нарастать одышка, боли в сердце, отеки на ногах.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менопауза с 43 лет.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание ясное. Положение ортопноэ. Лицо амимично. Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Пальпируемые лимфатические

узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуалью не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отек нижних конечностей и поясничной области.

Отмечается выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть трудно сжать в кулак, ногти утолщены, с поперечной исчерченностью. Мышцы атрофичны и плотны.

ЧД - 36 в 1 минуту. Над легкими коробочный звук, справа ниже IV ребра определяется притупление, ослабленное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 89-92 в 1 минуту, аритмичный. АД 132/86 мм рт. ст. Левая граница сердца относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье; правая - на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - III ребро. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень плотная, болезненная, выступает на 4 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову 13-10-9 см. Олигурия. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 23

Больной А., 22 лет, поступил в стационар по направлению участкового терапевта с жалобами на боли и припухлость правого коленного сустава, общую слабость, сухой кашель, насморк, подъем температуры до 37,7°C.

Из анамнеза: с детских лет периодически отмечал луночные кровотечения, неоднократно были гемартрозы различной локализации, по-поводу чего наблюдался у детского гематолога. Кашель и насморк появились 3 дня назад, после переохлаждения. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное из-за выраженного болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Правый локтевой и левый коленные суставы деформированы. Правый коленный сустав деформирован, болезненный при пальпации, горячий на ощупь. Рост - 174 см, вес - 66 кг. Отеков нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 82 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 110/60 мм.рт.ст. Перкуторно - границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).

4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Пульмонология

№ 24

Больной Р., 32 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 38,5°C, кашель с мокротой. Заболел четыре дня назад на фоне переохлаждения и физического перенапряжения. Принимал жаропонижающие средства, аскорбиновую кислоту, с незначительным эффектом. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость. Вызвал участкового врача, дано направление на госпитализацию.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. В возрасте 12 лет перенес острый аппендицит, осложненный перитонитом. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет. Пять лет назад около полугода имел контакт с туберкулезным больным, (проживал в коммунальной квартире).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены. Рост 168 см, вес 65 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. ЧД 22 в минуту, одышка смешанного характера. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже середины лопаток и по боковой поверхности справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня III ребра, слева – звук ясный легочный. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 25

Больной О., 65 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, кашель с мокротой (при

надсадном кашле - с прожилками крови), общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,8° С.

Около десяти лет назад обращался к врачу по поводу одышки и кашля с отделением мокроты (чаще слизистой, иногда – гнойной), обследовался, был назначен беродуал и теофедрин. С тех пор периодически использовал эти препараты при ухудшении самочувствия. В последние два года (после выхода на пенсию) стал чувствовать себя хуже: перестал справляться с привычными нагрузками, усилились одышка и кашель. За это время без соблюдения диеты похудел примерно на 5 килограммов. Настоящее ухудшение в состоянии связывает с перенесенной около двух недель назад ОРВИ.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет до 20 сигарет с фильтром в сутки. До момента выхода на пенсию 20 лет работал прорабом на строительных объектах. Материально-бытовые условия хорошие. Наследственность отягощена по линии отца (страдал хроническим бронхитом).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 55 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, частота дыхания 22 в минуту, одышка смешанного характера. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже лопатки справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня IV ребра, слева – звук ясный легочный. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 26

Больной Ж., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья, небольшой сухой кашель.

Впервые затруднение дыхания ощутил около года назад. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал эуфиллин, затем – сальбутамол, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли; однажды приступ нехватки воздуха внезапно возник ночью, состояние облегчилось сальбутамолом.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергия на клубнику. В детстве часто болел простудными заболеваниями,

неоднократно в дошкольном и школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет по 10 сигарет с фильтром в день. В возрасте 25 лет обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было около года назад, лечился антибиотиками (ампициллином и метронидазолом 14 дней), принимает омепразол по 1 капсуле два раза в день до настоящего времени. Наследственность не отягощена.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, определяется небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 126/86 мм рт ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 27

Больная Е., 39 лет, поступила в терапевтический стационар с жалобами на приступы удушья, сухой кашель, заложенность носа и практически постоянный ринит, выраженную слабость, головную боль. Удушье впервые возникло около 4 лет назад, однако после приема сальбутамола (мать пациентки страдает бронхиальной астмой и пользуется данным препаратом) состояние улучшилось. Около года назад пациентка с целью купирования головной боли приняла анальгин с аспирином, после чего развился отек губ, возникло затруднение дыхания (преимущественно выдоха), состояние облегчилось приемом сальбутамола, антигистаминных средств. В детстве часто болела простудными заболеваниями, практически постоянно отмечала заложенность носа, признаки ринита сохранялись и после выздоровления от вирусной инфекции. Постоянно использует сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, ксилен и другие).

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия на цитрусовые, аспирин, и, возможно, анальгин. Менструальный цикл не нарушен. Роды одни, без патологии. Замужем, материально-бытовые условия хорошие.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника, слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 23 в 1 минуту. Голосовое дрожание в симметричных точках проводится одинаково. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. Дыхание везикулярное ослабленное, единичные сухие хрипы преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 142/86 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 28

Больной Н., 42 лет, поступил по скорой помощи с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель, субфебрилитет. Заболел три дня назад, после значительной физической нагрузки и переохлаждения почувствовал недомогание, принимал анальгин, аспирин с неполным эффектом. В последующие дни чувствовал себя плохо, но за медицинской помощью не обращался. Когда появились боли в левой половине груди и сильный кашель, родственники, обеспокоенные состоянием мужчины, вызвали «скорую помощь».

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болел. Кровь не переливали, травм не было. Два года назад перенес острый не Q - инфаркт миокарда, постоянно принимает тромбо-АСС, перед значительной физической нагрузкой – нитропрепараты. При обычных каждодневных нагрузках нитропрепаратами не пользуется. Живет на 3 этаже пятиэтажного дома, поднимается в лестницу без остановок в среднем темпе. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций нет. Производственных вредностей нет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 170 см, вес 92 кг. Пастозность тыльной стороны стоп. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах - единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 130/80 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется в пятом

межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 29

Больная Г., 22 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, кашель, боли в межлопаточной области. Заболела накануне днем, возникла слабость, плохое самочувствие, почувствовала озноб, выявлен подъем температуры тела до 38° С. Сегодня утром вызвала врача на дом, была госпитализирована.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия в виде крапивницы на витамины группы В. Производственных вредностей нет. Четыре дня назад перенесла операцию по прерыванию беременности.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°С. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 174 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка астеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа 5 см, слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 104/72 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).

7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 30

Больной Ш., 35 лет, поступил в стационар по неотложной помощи. Жалуется на слабость, потливость, чувство жара, кашель, боли в груди без точной локализации. Указать, сколько дней чувствует себя плохо, не может. Анамнез собирается в основном со слов родственников. Выяснено, что пациент не работает, ведет асоциальный образ жизни, по месту прописки не проживает, видимо, живет у своих знакомых. Злоупотребляет алкоголем, в поликлинику за медицинской помощью не обращался в течение многих лет. О лекарственной непереносимости и о ранее перенесенных заболеваниях ничего не известно.

Состояние тяжелое. Заторможен. На вопросы отвечает с трудом, медленно, короткими фразами. Выявляется диффузный цианоз кожи и слизистых, гиперемия лица, гипергидроз. Конечности холодные. В локтевых ямках обеих рук видны следы от многочисленных внутривенных инъекций. Склеры иктеричны. Пальпируются заушные лимфатические узлы до 1 см в диаметре; подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре; паховые лимфоузлы до 3 см в диаметре, Пальпация лимфоузлов безболезненная, лимфоузлы эластичные, смещаемые, неспаивающиеся с окружающими тканями. Рост 174 см, вес 50 кг. Пастозность тыла стоп и нижней трети голени. ЧД 28 в минуту, дыхание поверхностное, речевая одышка. Перкуторно высота стояния верхушек легких спереди 4 см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, ширина полей Кренига 6 см справа и слева. Подвижность нижнего края легких определить не представляется возможным в связи с одышкой. Над легкими слева перкуторно звук ясный легочный, справа в подлопаточной области и по боковой поверхности определяется притупление перкуторного тона, голосовое дрожание усилено. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с обеих сторон выслушиваются единичные сухие хрипы, справа в нижнебоковых отделах дыхательные шумы не прослушиваются. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 104 удара в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД 108/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Слизистая задней стенки глотки, небных дужек гиперемирована. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, пальпация правой подреберной области болезненная. Край печени пальпируется на 6 см ниже правой реберной дуги, плотный, болезненный. Размеры печени по Курлову: первый – 18 см, второй – 16 см, третий – 10 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 31

Больной И., 42 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, общую слабость, тошноту, кашель с мокротой слизистого характера, боль в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры тела до 38⁰С. Заболел остро 3 дня назад после переохлаждения. Почувствовал сильную слабость, озноб. Лечился дома без существенного эффекта, сохранялась повышенная температура (37,8-39⁰), стала нарастать одышка, общая слабость.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно. С момента начала заболевания не курил. Выяснено, что в последние 3 – 4 года несколько раз отмечались подъемы артериального давления до 150/90 мм рт ст. По этому поводу пациент не обследовался и не лечился, объясняя подъемы давления переутомлением или эмоциональным перенапряжением.

При обследовании общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Выявляется диффузный цианоз кожи и слизистых, гипергидроз. Конечности холодные. Отеков нет. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные) не увеличены. Рост 174 см, вес 76 кг. Отеков нет. ЧД 22 в минуту, одышка смешанного характера. Перкуторно высота стояния верхушек легких спереди 4 см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, ширина полей Кренига 6 см справа и слева. Справа в подлопаточной области и по боковой поверхности определяется притупление перкуторного тона, переходящее в абсолютную тупость, голосовое дрожание усилено. Подвижность нижнего края легких определить не представляется возможным в связи с одышкой. Аускультативно слева дыхание ослабленное везикулярное, справа в нижнебоковых отделах не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 102 удара в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, напряжен. АД 146/92 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Слизистые задней стенки глотки, небных дужек гиперемированы. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный, щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 32

Больной Г., 52 лет, доставлен в стационар по скорой помощи с работы с жалобами на чувство нехватки воздуха, «свист в груди», кашель, слабость, головную боль. В ночь перед госпитализацией испытывал чувство нехватки воздуха, принимал нитроглицерин без эффекта, эуфиллин с незначительным эффектом. Придя на работу, почувствовал резкую слабость, ощущение удушья, сослуживцы вызвали скорую помощь.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Отмечает аллергические реакции на пищевые продукты (какао, красное вино, апельсины) и лекарственные препараты (диклофенак) в виде крапивницы. Курит с подросткового возраста до 20 сигарет с фильтром в сутки. Много лет беспокоит кашель, особенно по утрам, систематически не лечился. Периодически замечал «свист в легких», одышку, связывал их с инфекциями или курением.

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной предпочитает занимать полусидячее положение. Кожные покровы чистые, определяется небольшой диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, частота дыхания 24 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по

средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 130/78 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 33

Больной Б., 23 лет, инвалид детства, обратился с жалобами на мучительный кашель с трудноотделяемой желтой мокротой, одышку. Также часто беспокоят вздутие живота, урчание, императивные позывы на дефекацию (стул объемный, неоформленный, серого цвета со зловонным запахом). Появления диспепсии связывает с самыми незначительными нарушениями в диете (употребление обезжиренного молока и кисломолочных продуктов, небольшого количества животного или растительного масла). Последние несколько недель такие проявления участились, за месяц похудел на 3 кг.

Инвалид детства по поводу «общего заболевания», постоянным проявлением которого является одышка смешанного характера при любой нагрузке, кашель со скудной вязкой мокротой, не приносящий облегчения. В детском возрасте часто болел бронхитом. Неоднократно обследовался и лечился в терапевтических и пульмонологических отделениях города и областного центра. Наблюдается терапевтом по месту жительства.

Сознание ясное. Температура тела 37,0°C. Кожные покровы сухие, бледного цвета со сниженным тургором. Акроцианоз. «Барабанные палочки» и «часовые стекла». Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненны. Рост 164 см, вес 46 кг. Голени пастозные. ЧД 22 в мин. Грудная клетка с увеличением передне-заднего размера. Дыхательные движения с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторный звук над легкими коробочный, границы легких перкуторно определяются ниже на 1 ребро от нормального расположения. Дыхание в нижне-боковых отделах ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются рассеянные сухие высокочастотные хрипы. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд в мин, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт. ст. Верхушечный толчок не пальпируется. Правая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 м.р., тоны сердца приглушены, акцент и раздвоение 2 тона на легочной артерии. Язык обложен белым налетом у корня, края и кончик ярко красные. Ангулярный стоматит. Слизистая полости рта бледная, чистая. Миндалины не увеличены. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника определяются в зонах обычного расположения, безболезненны. Большая кривизна желудка пальпаторно определяется на 3 см выше пупка. Печень по правой среднеключичной линии выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягкая, гладкая, безболезненная, с ровной поверхностью. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная

железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Гастроэнтерология

№ 34

Больной В., 40 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу, особенно после употребления острых блюд, тошноту, однократную рвоту “кофейной гущей”, неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание.

Болен в течение 2-х месяцев, самостоятельно принимал но-шпу, папаверин, анальгин, баралгин, продолжал работать, однако улучшения не было. Когда появился черный стул и рвота, больной обратился за медицинской помощью в поликлинику и был экстренно госпитализирован. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3 - 4 раза в неделю, умеренно.

Объективно состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в мин. Грудная клетка с увеличением переднезаднего размера, перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах ослабленное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык умеренно влажный, обложен беловатым налетом. Слизистая ротоглотки бледная, чистая. Миндалины не увеличены, Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная мышечная защита и значительная болезненность в пилорoduodenальной области, где определяется положительный симптом Менделя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 6 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Нервная система: патологических рефлексов нет. Сон нарушен из-за болей. Больной раздражителен, тревожен.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 35

Больная А., 49 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Болеет на протяжении нескольких месяцев, стала быстро уставать, снизился аппетит, стали беспокоить поносы; за последние полгода похудела на 8 кг. Несколько дней назад стала замечать зуд кожных покровов и их желтушность, в связи с чем обратилась к врачу.

Пять лет тому назад перенесла инфекционный гепатит. Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 2. Менструальный цикл не нарушен. Курит 3 – 5 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. Следы расчесов на коже туловища. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см, вес 64 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 22 в 1 мин. Перкуторный звук над легкими легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный, слизистая мягкого неба и уздечки языка с желтушным оттенком. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот увеличен в размерах, отмечается симметричное выбухание во фланках («распластанный живот»), окружность его на уровне пупка 140 см. На передней брюшной стенке выражены венозные коллатерали. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, определяется уплотнение в правом подреберье. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны. Печень выступает на 6 см из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотная, болезненная, край ее неровный. Размеры печени по Курлову 14-12-10 см. Перкуторно отмечается увеличение селезенки. Выявляются признаки асцита. Голени пастозны. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 36

Больной П., 53 лет, вызвал бригаду СМП в связи с приступом болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократной рвотой, расстройством стула (стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и каплями жира). Больной отмечает жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину

грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды. По «неотложной помощи» госпитализирован в стационар.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит по 15 – 20 сигарет в сутки. Периодически злоупотребляет алкоголем. Состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор кожи снижен. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 182 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, частота 80 уд./мин, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ослаблены. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, миндалины не увеличены. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области, зоне Шоффара и, особенно, в левом подреберье. Также отмечается значительная болезненность при проникающей пальпации в точке Дежердена. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 37

Больная П., 31 года, обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7° С, тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью. Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, обследовалась амбулаторно. Не лечилась. Диету не соблюдала.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см, вес 85 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД 16 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/90 мм рт ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налетом, влажный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, бледно-розовая, миндалины не увеличены.

Живот увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика отсутствует, окружность живота на уровне пупка 120 см. При поверхностной пальпации живота выявляется диастаз прямых мышц живота, больная

отмечает болезненность в правом подреберье. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в обычных зонах расположения, безболезненны. Нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка, при пальпации безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Положительные симптомы Кера и Мерфи. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 38

Больная П., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на изжогу, чувство кома за грудиной, боль в нижней части грудины. Отмечает иррадиацию болей в спину, левое плечо, в левую руку. Из анамнеза болезни известно, что в течение 2-х лет больная обращалась в поликлинику по поводу вышеуказанных жалоб. Был поставлен диагноз стенокардии и больной рекомендовали принимать нитросорбид. Улучшения от назначенного лечения не было. В последнее время боли стали длительными, усиливаются в горизонтальном положении.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 3, родов 3. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 82 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 18 в мин. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 78 в мин., одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 146/90 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, обложен серым налетом, слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот грушевидной формы, увеличен в размерах за счет ожирения, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка 132 см. При поверхностной пальпации живот мягкий, при глубокой пальпации в подложечной области выявляется интенсивная боль. Пальпация сопровождается появлением отрыжки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 39

Больной Ч., 53 лет, предъявляет с жалобы на боли в поясничной области ноющего характера, усиливающиеся утром после вставания и проходящие через 15-20 минут, вновь появляющиеся при ходьбе, перемене положения тела. Также беспокоят боли в эпигастрии после приема пищи, часто отмечает изжогу.

Боли в пояснице периодически беспокоят в течение нескольких лет. Появляются после переохлаждений, подъема тяжестей. Купируются самостоятельно или с помощью анальгетиков. Последнее обострение началось около месяца назад. В связи с высокой интенсивностью болей применял диклофенак 100 мг/сут. Боли в пояснице уменьшились, однако в течение последних дней стала беспокоить изжога, появились боли в эпигастрии, что заставило обратиться за медицинской помощью.

Страдает хроническим гастритом. Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовой окраски, чистые. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Число дыханий 16 в минуту, перкуторный звук над легкими легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 68 уд. в мин, ритмичный удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен желтым налетом, слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Болезненность при надавливании на остистые отростки 1-3 поясничных позвонков. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 40

Больной С., 52 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в верхних отделах живота, чувство тяжести после приема пищи, рвоту съеденной пищей, приносящую облегчение, периодически – отрыжку «тухлым».

Более десяти лет страдает язвенной болезнью желудка. Обострения 2-3 раза в год. Неоднократно лечился в стационаре, с хорошим эффектом. Последнее обострение в течение 3-х недель. Сначала появились боли, затем присоединилось чувство тяжести и рвота. Госпитализирован для стационарного обследования и лечения.

Желтуху, малярию, тифы отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые

слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненны. Рост 178 см, вес 67 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Над легкими перкуторный звук легочный, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, 68 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 110/70 мм рт.ст., тоны сердца звучные. Язык обложен серым налетом, суховат. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, миндалины не увеличены. Зубы санированы. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации болезненность в эпигастрии, здесь же выявляется шум плеска. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычного расположения. Большая кривизна желудка пальпируется на уровне пупка, болезненна при пальпации. Методом аускультоаффрикции нижняя граница желудка определяется также на уровне пупка. Печень пальпируется у края реберной дуги по правой среднеключичной линии, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 41

Больная М., 46 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на постоянную изжогу, усиливающуюся после приема пищи, при наклоне туловища, боли в эпигастрии, жжение за грудиной, под мечевидным отростком, изредка бывают затруднения прохождения пищи, рвота.

В течение многих лет страдает хроническим гастритом. Обострения 1-2 раза в год. Лечится обычно амбулаторно, с хорошим эффектом. В течение последних 2-х недель на фоне постоянной изжоги появились боли в эпигастрии, затруднения при глотании, однократная рвота.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 171 см, вес 68 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 15 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 65 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны, при пальпации большой кривизны и эпигастриальной области отмечается болезненность. Большая кривизна желудка пальпируется на 3 см выше пупка. Мышечного дефанса, симптомов раздражения брюшины нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 7 см Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 42

Больная И., 47 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией за грудину, усиливающиеся после приема пищи в виде приступов, отрыжку воздухом, тошноту, сухость во рту.

Боли в правом подреберье впервые появились 4 года назад. По этому поводу лечилась в стационаре. В последующем при появлении болей за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно но-шпой, аллохолом. Последнее ухудшение около недели.

Желтуху, малярию, тифы отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см, вес 66 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД – 18 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 78 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен серо-белым налетом с коричневатым оттенком в области спинки, суховат. Слизистая ротоглотки бледно-розового цвета, чистая, миндалины не увеличены, зубы санированы. Живот обычных размеров, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Также выявляется положительный симптом Георгиевского – Мюсси. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 43

Больной Т., 48 лет, жалуется на слабость, утомляемость, снижение работоспособности, боли в эпигастрии и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и физической нагрузки, снижение аппетита, носовые кровотечения.

Больным себя считает около 2-х месяцев, когда появились и стали нарастать слабость, утомляемость, снижение веса. Несколько дней тому назад окружающие заметили желтушность склер и кожи. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью по данному поводу обратился

впервые.

Туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Перенес вирусный гепатит. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 20 сигарет/сут., алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, склеры иктеричны. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см., вес 60 кг. Отеки стоп и нижней трети голеней. Число дыханий в минуту 16. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 83 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, в области спинки обложен небольшим количеством серого налета с коричневатым оттенком. Слизистая мягкого неба желтушной окраски. Зубы санированы. Живот увеличен в объеме, симметричен, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации безболезненный. Перкуторно в боковых отделах живота притупление, смещающееся при повороте больного на бок. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, при пальпации чувствительная, поверхность неровная, консистенция плотная. Размеры по Курлову 16 – 12 – 10 см. В положении лежа на правом боку селезенка пальпируется на 3 см ниже левой реберной дуги, закругленная, безболезненная. Перкуторно размеры селезенки: продольный – 12 см, поперечный – 8 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 44

Больная Б., 28 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, частые головные боли, периодически приступообразные боли в правом подреберье. Из анамнеза выяснено, что плохое самочувствие беспокоит ее с юношеских лет, особенно ухудшалось после простуды, когда долго не могла восстановить работоспособность, в эти же периоды окружающие обращали внимание на желтушность кожи и склер пациентки. Мать здорова, отец умер («была больна печень – желтуха, низкий гемоглобин»), сестер и братьев нет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 36,6°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Высокое небо, удлинённый череп. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 68 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, слегка болезненная, определяется также выраженная болезненность в

зоне проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Кера. Селезенка пальпируется на 12 -14 см ниже реберной дуги, немного болезненная, плотная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Больной З., 42 лет, поступил в стационар с жалобами на интенсивные постоянные боли в верхней трети живота, тошноту, рвоту съеденной пищей.

Подобные симптомы беспокоят в течение последних 3 лет, периодически усиливаясь несколько раз в год, иногда провоцируются употреблением жирной, жареной, острой пищи, иногда без видимых причин. Боли купируются приемом спазмолитиков, анальгетиков. Последнее ухудшение в течение 3-х дней после обильного ужина. Обычная тактика эффекта не дала, симптомы сохранялись. Обратился за медицинской помощью.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сут, тромбо-асс. АД контролирует не регулярно, обычные цифры – 140-150/90-100 мм рт.ст. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые. Выявляется умеренная иктеричность склер. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 175 см, вес 67 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 78 уд. в мин, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в V межреберье по средней ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, слизистая ротоглотки розовая, чистая. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в эпигастрии и в зоне Шоффара. Гиперестезия кожи ниже угла левой лопатки на уровне X-XII ребер. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, уплотнена, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Эндокринология

№ 45

Больной С., 43 лет, обратился в поликлинику с жалобами на снижение тембра голоса, невнятную речь, ощущение, что «язык не помещается в ротовой полости», снижение слуха, прибавку веса, запоры, сонливость. Из анамнеза: заболел после травмы шеи во время автокатастрофы. Симптомы появлялись постепенно: потерял интерес к жизни, прекратил заниматься делами фирмы, владельцем которой он является, перестал общаться с родственниками и друзьями, постоянно зябнет. Отмечает повышенную сонливость в течение всего дня.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные

препараты не отмечает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Мать страдает ожирением III ст. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Лицо «одутловатое», амимичное, кожа желтовато-бледная, холодная, сухая. Волосы тусклые, редкие. Язык увеличен в размерах, бледный, по краям - отпечатки зубов. На вопросы отвечает невнятно. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 105 кг. Отеков нет. ЧД 12 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 54 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 90/65 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 46

Больная Н., 52 лет жалуется на слабость, жажду, вагинальный зуд, учащенное мочеиспускание, плохое заживление ран и царапин, парестезии кожи стоп и голеней, снижение массы тела на 8 кг.

Ухудшение состояния в течение трех последних лет. Из анамнеза известно, что 18 лет назад родила ребенка весом 5,2 кг. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менопауза с 43 лет. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать и сестра страдают артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие, ксантоматоз; на коже под молочными железами участки опрелости. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 156 см, вес 94 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 170/95 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).

7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 47

Больная З., 52 лет, обратилась к терапевту с жалобами на одышку при физической нагрузке, чувство дискомфорта в области шеи, перебои в работе сердца, отеки ног, эмоциональную неустойчивость, тремор рук, повышение температуры тела до 37,3°C, похудание на 12 кг за последний год, чувство «песка» в глазах, слезотечение.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, влажные. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Отмечается симметричный мелкий тремор кистей рук, акроцианоз, губ, отечность в области голеней и стоп. Рост 172 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 18 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются единичные влажные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 115 в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения. АД 165/70 мм рт.ст. Левая граница сердца – относительной сердечной тупости смещена на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см по средней ключичной линии, болезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена до III степени, безболезненная, эластичная, не спаяна с окружающими тканями.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 48

Больной У., 62 лет поступил в стационар с жалобами на жажду, полиурию, сонливость, судороги, слабость в конечностях. В приемном отделении больной потерял сознание.

Со слов жены, состояние пациента ухудшалось в течение последних 5-6 дней, когда с целью снижения АД и периферических отеков самостоятельно начал принимать фуросемид по 1-2 таблетки в день. Болен сахарным диабетом 7 лет, для нормализации гликемии принимает манинил по 5 мг 2 раза в день, не регулярно, периодически нарушает предписанную врачом диету, контролирует гликемию 1 раз в 2-3 месяца. Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты. Травм, операций не было. Мать страдает ишемической болезнью сердца.

При осмотре общее состояние тяжелое. Больной не открывает глаза, не отвечает на звуковые и болевые раздражители. Отмечается выраженная сухость кожи и слизистых, тонус глазных яблок снижен, зрачки сужены, слабо реагируют на свет, двусторонний спонтанный нистагм, выявляются симптомы Бабинского и Россолимо. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены. Рост 178 см, вес 99 кг. Пастозность голеней. ЧД 21 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих

руках, частота – 110 в 1 мин., экстрасистолия. АД 90/70 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, олигоурия. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 49

Больной К., 32 лет поступил в хирургическое отделение по скорой помощи с диагнозом «острый живот». При осмотре в приемном отделении основные жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту сразу после еды, слабость. Состояние ухудшалось в течение 5-6 дней, когда появились жажда, полиурия и выраженная слабость.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Из анамнеза страдает хроническим панкреатитом.

При осмотре: состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое, шумное с запахом ацетона, зрачки сужены. Кожа бледная, сухая, тургор ее значительно снижен, видны участки расчесов, трофические изменения в области голеней. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 166 см, вес 58 кг. Отеков нет. ЧД 13 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах. Край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 50

Больной Е., 29 лет, обнаружен без сознания в 9 ч 30 мин, была вызвана «Скорая помощь». Жена сообщила, что он в течение 14 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа, курит. Осуществляет

плановую инсулинотерапию с помощью шприцов - ручек: 8 ЕД новорапида и 10 ЕД протафана в 8 часов утром, 6 ед новорапида в обед, 4 ЕД новорапида и 8 ЕД протафана в 18 часов вечером. Утром за завтраком больной съел яйцо, выпил 1 стакан кефира и вместе с семьей поехал на дачный участок, где занимался посадкой деревьев. Из анамнеза - около 2-х лет назад лечился в инфекционном отделении по поводу острого вирусного гепатита. Наблюдался диспансерно. Через год диагностировано выздоровление. Ухудшение в состоянии в течение месяца после ОРВИ, перенесенной на ногах.

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажная, мышечный тонус повышен, судорожные подергивания мышц, зрачки узкие, на свет реагируют. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 63 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются немногочисленные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 105 в 1 мин., ритмичный, пониженного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги, при пальпации поверхность гладкая, плотноватая. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 51

Больная О., 32 лет, жалуется на резкий подъем артериального давления после занятий в спортивном клубе, сопровождающийся психоэмоциональным возбуждением, болями в животе, «ознобом», потливостью, сердцебиением.

Из анамнеза: подобные приступы возникали 3 раза за последние полгода, продолжались 20-30 минут, проходили самостоятельно.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Курит с 20 лет. Мать и сестра страдают артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Отец умер от инфаркта миокарда в 45 лет.

При осмотре врачом «Скорой помощи» состояние средней тяжести, больная возбуждена, отмечает чувство страха, зрачки расширены. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, горячие, выраженные потливость и тремор. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 169см. Вес 57кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД=20 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 140 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 190/100 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 0,5 см в V межреберье. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, определяется усиленная перистальтика, болезненный без четкой локализации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется. Попытки снизить

артериальное давление с помощью инъекций антагонистов кальция и бета-блокаторов оказались безрезультатными. Больная доставлена в терапевтическое отделение. Через 1,5 часа приступ закончился самостоятельно обильным мочеиспусканием.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 52

Больной Л., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на снижение зрения, головные боли, повышенную потливость, жажду, полиурию, выделения из увеличенных молочных желез, увеличение размера обуви на 3 размера, одышку при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза: заболел постепенно, в течение 3 лет нарастают жажда, полиурия, головная боль, отделяется молозиво из молочных желез, увеличивается масса тела. Окружающие отмечают значительное изменение его внешнего облика, включая огрубение черт лица. Мать страдает сахарным диабетом.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре больной выглядит старше своего возраста. Обращают на себя внимание крупные черты лица, диастемы между зубами, широкие кисти рук. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, утолщены, повышенной жирности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 186см, вес 99кг. Молочные железы визуально увеличены, при пальпации уплотнений не выявлено, отделяется молозиво. Отеков нет. ЧД 19 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 180/110 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 3 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, эластичная, безболезненная.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 53

Больной Д., 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокое артериальное давление, постоянные головные боли и одышку при обычной физической нагрузке, перебои в работе сердца, приступы резкой мышечной слабости, периодически возникающие судороги конечностей, жажду и никтурию.

Из анамнеза: заболел постепенно, в течение нескольких лет развивалась одышка и головная боль. Состоит на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни. Лечится ингибиторами ангиопревращающего фермента, антагонистами кальциевых каналов и β -адреноблокаторами. Эффекта от лечения не отмечает.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, отей перенес инсульт в возрасте 53 лет.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 180 см, вес 78 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 80 в 1 мин., аритмичный, резистентный. АД 180/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 1 см в V межреберье. Тоны сердца приглушены, чистые выявляются 2-3 экстрасистолы за 1 минуту. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 54

Больная Ж., 43 лет, обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на повышение артериального давления, прибавку массы тела на 23 кг за 2 года, постоянные головные боли и боли в костях, нарушения менструального цикла, полосы растяжения на коже бедер, ягодиц, молочных желез, избыточный рост волос на лице, предплечьях и голени, жажду, полиурию.

Из анамнеза: заболела после родов, признаки заболевания нарастали постепенно в течение 3-х лет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл 40-46 дней. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Обращает на себя внимание «лунообразное» лицо, избыточное отложение жира по «верхнему» типу при относительно тонких конечностях; на животе и бедрах – широкие, атрофичные багровые полосы растяжения, рост волос на лице (усы, борода), по средней линии живота, на внутренней стороне бедер, вокруг ареол сосков.

Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см., вес – 105 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 175/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Гематология

№ 55

Больной Ц., 22 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, потливость, головокружения, боли ноющего характера в верхней части живота, тошноту после еды, кровоточивость десен и образование “синяков” на голених.

Указанные жалобы появились около двух недель назад, постепенно нарастали, по поводу чего пациент обратился в поликлинику к участковому терапевту. При анализе крови, сделанном в поликлинике, была выявлена анемия и лейкопения. В течение последнего полугодия отмечает частые простудные заболевания. Накануне госпитализации у больного был обморок. Боли в животе беспокоят около полугодя, чаще возникающие натощак или при длительных промежутках между приемами пищи.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечал. Не курит, алкоголь не употребляет. Наследственность не отягощена. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура – 37,2С. Кожные покровы бледные, на коже ног определяются многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Десны кровоточат. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Рост – 170 см, вес – 67 кг. Отеков нет. ЧД – 24 в минуту, одышка смешанного характера. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 96 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 80/60 мм рт.ст. Слизистые полости рта бледные, язык обложен бело-серым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно безболезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к жидкому. Мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).

4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 56

Пациентка У., 64 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в грудном, поясничном отделах позвоночника, периодически отмечает кровоточивость десен, беспокоит слабость, головокружение, одышка при ходьбе, повышение температуры до 37°C, снижение массы тела на 3 кг в течение 2-х месяцев, сухость во рту, периодические сжимающие боли в области сердца, подъемы АД до 160/170/80-90 мм рт. ст.

Из анамнеза: впервые боли в позвоночнике появились полгода назад, лечилась в поликлинике у невролога с диагнозом остеохондроз без эффекта. Ухудшение самочувствия в течение последней недели: боли в позвоночнике усилились, стала повышаться температура. Страдает гипертонической болезнью с 48 лет, постоянно принимает антигипертензивные препараты. У мамы была гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Климакс с 50 лет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Выявляется болезненность по ходу остистых отростков в грудном и поясничном отделах позвоночника. Рост – 167 см, вес – 78 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голеней. ЧД 18 в минуту. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 86 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 160/80 мм.рт.ст. Левая граница сердца – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона над аортой, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на +1,5 см из-под края правой реберной дуги, край ровный, безболезненный, плотно-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется на 2,0 см из-под левой реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 57

Больной В., 19 лет, госпитализирован с жалобами на головные боли, жжение лица, носовые кровотечения, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость, слабость в нижних конечностях, чувство жжения в руках, одновременно с онемением, болью и судорогами в

мышцах ног. В течение последних 5 лет предъявлял жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. За медицинской помощью не обращался. Отрицает курение, употребление алкоголя, хронические заболевания. Около 3-х месяцев стал отмечать повышение АД, появились носовые кровотечения, онемение, слабость в нижних конечностях, судороги при физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Отмечается хорошее развитие мышц плечевого пояса и относительно слабое развитие мышц нижних конечностей. На поверхности грудной клетки, на стенках живота видна пульсация артерий. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Акроцианоз отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно. Частота дыхательных движений 19 в минуту. При сравнительной перкуссии - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: Пульс асимметричен, на правой лучевой артерии более полного наполнения, напряженный. На нижних конечностях пульсация ослаблена. ЧСС 88 уд/мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках аускультации с эпицентром во II межреберье слева у края грудины, проводится на заднюю поверхность грудной клетки в межлопаточное пространство. Акцент II тона над аортой. АД 180/80 мм рт. ст. на обеих руках, а на нижних конечностях - 130/80 мм рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеки голеней.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 58

Больная Л., 30 лет, поступила в стационар по СМП из роддома с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 38,0 °С, появление синяков на туловище и конечностях, маточное кровотечение.

Женщина страдала в период беременности нефропатией, находилась под наблюдением акушеров. В раннем послеродовом периоде началось кровотечение. Проведено ручное обследование полости матки, введен этамзилат натрия 12,5% – 5,0 в/в, эритроцитарной массы в объеме 250 мл. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь ранее не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструации с 12 лет, в течение 5-7 дней, обильные. Беременностей – 2: первая мед. аборт, 2-данная.

При поступлении общее состояние тяжелое, сознание ясное. Температура 37,8 °С. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие. На коже голеней, бедер, живота множественные петехии и экхимозы. Одутловатость лица и век. Положительные симптомы жгута и щипка. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный с частотой 105 ударов в минуту, слабого наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке. На слизистых ротовой полости единичные геморрагические элементы в диаметре до 2-3 мм. Язык обложен сероватым налетом у корня. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом

Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 59

Больная И., 42 лет, жалуется на нарастающую общую слабость, шаткую походку, жжение в языке, кончиках пальце рук и ног, снижение аппетита, болезненность в поясничной области. Ухудшение в состоянии отмечает в течение 1 месяца. С вышеперечисленными жалобами обратилась к участковому терапевту, где при обследовании в общем анализе крови были выявлены изменения, по поводу чего была госпитализирована на обследование и лечение.

В анамнезе – хронический гастрит, хронический пиелонефрит. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, бледные с желтушным оттенком. Иктеричность склер. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост – 165 см, вес – 54 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки нижних конечностей до средней трети голеней (к вечеру нарастают). ЧД 14 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный с частотой 96 уд./мин, удовлетворительно наполнения, не напряжен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца: I тон на верхушке ослаблен, во всех точках аускультации сердца выслушивается мягкий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Размеры печени по Курлову 10-9-7 см. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 3,0 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Моча и кал ярко окрашены. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 60

Больная Т., 27 лет вызвала на дом участкового врача по поводу нарастающей общей слабости и беспричинного появления синяков на теле на протяжении двух недель. Последние три дня беспокоят потрясающие ознобы с повышением температуры тела до 39° С, также отмечает головокружения, боли ноющего характера в верхней части живота, тошноту после еды, похудание около 1 кг за данный срок.

Из анамнеза: указанные жалобы появились около двух недель назад, постепенно нарастали, по поводу чего пациентка обратилась в поликлинику к участковому терапевту, где при обследовании была выявлена анемия и лейкопения. В течение последнего полугодия отмечает частые простудные заболевания. Боли в животе беспокоят около полугода, чаще возникающие натощак или при длительных промежутках между приемами пищи. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 1, роды – 0, медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура – 37,8С. Кожные покровы бледные, на коже голеней, предплечий, туловища – множество петехий и экхимозы разных сроков давности. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Рост – 167 см, вес – 53 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки нижних конечностей до средней трети голеней (к вечеру нарастают). ЧД 22 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 96 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 80/60 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Во всех точках аускультации сердца, мягкий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Слизистые полости рта бледные, язык обложен белосерым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неоформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 61

Больная Б., 48 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на нарастающую общую слабость и появление красно-синюшной окраски кожных покровов, боли в костях, подъемы АД до 180/100 мм рт.ст., головные боли. Около двух лет наблюдалась у дерматолога по поводу упорного кожного зуда. Лечилась антигистаминными препаратами без эффекта.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, родов – 2, медицинских абортов – 2, менопауза с 48 лет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, у матери – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы гиперемированы. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 85 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голеней. ЧД 18 в мин. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 82 в мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 170/95 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 2,0 см снаружи от левой средне-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона над аортой, ритм правильный. Слизистые ротовой полости чистые. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на +1,5 см из-под края правой реберной дуги, край ровный, безболезненный, плотно-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется на 4,0 см из-под левой реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 62

Больная У., 50 лет, в течение 2-х недель отмечает нарастающую общую слабость, повышение Т до 38-39°C, боли в костях, появление синяков на коже, отсутствие аппетита, похудание, изжогу. До этого лечилась амбулаторно по поводу ангины. Была выписана к труду, проработала в течение недели и обратилась вновь к участковому терапевту с данными жалобами, по поводу чего и была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангинами. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Т - 39° С. Кожные покровы и слизистые бледные, с множественными геморрагическими элементами разного диаметра от 3 до 15 мм. Пальпируются шейные лимфатические узлы в диаметре до 1,5 см, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Подкожно-жировая клетчатка развита не достаточно. Рост – 165 см, вес – 50 кг. Отеков нет. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 20 в минуту. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень не пальпируется. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край безболезненный, плотноватой консистенции. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).

2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 63

Больная Н., 37 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, плохой аппетит, желание есть мел, ломкость ногтей, периодически отмечает боли в эпигастральной области, изжогу, тошноту, сердцебиение и одышку при умеренных физических нагрузках. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Хронические заболевания отрицает. Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Слизистые бледно-розовые, чистые. В углах рта определяются заеды. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 52 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/60 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, определяется систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 64

Больная Ш., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, потливость, подъемы температуры до 38-39⁰ С, кровоточивость десен и образование “синяков” на коже конечностей, периодические боли в эпигастрии, тошноту.

Из анамнеза: указанные жалобы появились две недели назад, постепенно нарастали. В общем анализе крови, сделанном в поликлинике, выявлены анемия и лейкопения. Накануне госпитализации у больной был обморок.

Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и

лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура – 38°C. Кожные покровы бледные, на коже рук и ног определяются многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 168 см, вес – 62 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 23 в минуту, одышка смешанного характера. Границы легких – в норме, над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 96 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены. В ротовой полости на слизистой щек определяются множественные геморрагии. Десны кровоточат и инфильтрированы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 65

Больной Ф., 42 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, потливость. Отмечает увеличение размеров шеи в течение последнего месяца. Беспокоит также кашель с отделением мокроты, усиливающийся в утренние часы, периодические подъемы АД до 140-160/80–90 мм рт.ст., головные боли.

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость отмечает около 4-5 месяцев, кашель беспокоит последние 2 года, в последнее время усилился с отделением мокроты в большем количестве. Часто бывают ОРВИ, herpes nasalis/labialis. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю по 100-150 мл водки. Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируются передние и задние шейные лимфатические узлы диаметром 2,5 – 3,0 см, подмышечные диаметром до 3,5 - 4,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Рост – 178 см, вес – 76 кг. Отеков нет. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. При аускультации дыхание с жестким оттенком, выслушиваются с двух сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца звучные. АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 6,0 см, край ровный, безболезненный, эластичной консистенции. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).

2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

**к рабочей программе практики
«Производственная (клиническая)
практика – вариативная часть»**

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.49 Терапия

Квалификация выпускника: врач- терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики амбулаторной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования терапевтических больных	
2.	Фармакотерапия внутренних болезней.	
3.	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	
4.	Определение показаний к срочной или плановой госпитализации, определение профиля стационара с учетом характера, тяжести заболевания, urgency госпитализации, вида осложнений и преобладания синдрома на момент госпитализации. Неотложная помощь.	
5.	Выбор комплексного лечения. Организация профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	
6.	Экспертиза временной нетрудоспособности больных.	
7.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики стационарной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования терапевтических больных	
2.	Оказание экстренной помощи при urgentных состояниях	
3.	Фармакотерапия внутренних болезней.	
4.	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	
5.	Выбор комплексного лечения.	
6.	Составление индивидуальных программ реабилитации больных.	
7.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.49 Терапия**

Квалификация выпускника: **врач – терапевт**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	4 семестр
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	4 семестр
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	4 семестр
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	4 семестр

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

		- методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;		
3.	ПК-6	Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр
4.	ПК-10	Знает: - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; Умеет: - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-2, ПК-5, ПК-6) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке

клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация практических навыков проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больная О., 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на надсадный кашель с мокротой, повышение температуры до 37,4°C, заложенность носа, насморк.

Считает себя больной в течение четырех дней, когда после переохлаждения почувствовала озноб, отметила повышение температуры тела и кашель. Лечилась домашними средствами, принимала жаропонижающие препараты, но улучшения не наступало, непродуктивный кашель сменился кашлем с отхождением слизисто-гнойной мокроты. В семье муж и сын болеют ОРВИ.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Роды одни (Кесарево сечение), без осложнений. Курит около 10 сигарет в сутки (стаж курения 20 лет), алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. По линии матери отягощена наследственность по сердечно-сосудистой патологии.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 174 см, вес 84 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Голосовое дрожание в симметричных точках проводится одинаково. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 6 см. Аускультативно в легких жесткое дыхание и единичные сухие хрипы в межлопаточной области. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/96 мм рт ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

№ 1

Больная Ж., 43 лет, обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на повышение артериального давления, прибавку массы тела на 23 кг за 2 года, постоянные головные боли и боли в костях, нарушения менструального цикла, полосы растяжения на коже бедер, ягодиц, молочных желез, избыточный рост волос на лице, предплечьях и голенях, жажду, полиурию.

Из анамнеза: заболела после родов, признаки заболевания нарастали постепенно в течение 3-х лет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл 40-46 дней. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Обращает на себя внимание «лунообразное» лицо, избыточное отложение жира по «верхнему» типу при относительно тонких конечностях; на животе и бедрах – широкие, атрофичные багровые полосы растяжения, рост волос на лице (усы, борода), по средней линии живота, на внутренней стороне бедер, вокруг ареол сосков. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см., вес – 105 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 175/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 2

Больной Ф., 42 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, потливость. Отмечает увеличение размеров шеи в течение последнего месяца. Беспокоит также кашель с отделением мокроты, усиливающийся в утренние часы, периодические подъемы АД до 140-160/80-90 мм рт.ст., головные боли.

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость отмечает около 4-5 месяцев, кашель беспокоит последние 2 года, в последнее время усилился с отделением мокроты в большом количестве. Часто бывают ОРВИ, herpes nasalis/labialis. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю по 100-150 мл водки. Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируются передние и задние шейные лимфатические узлы диаметром 2,5 – 3,0 см, подмышечные диаметром до 3,5 - 4,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Рост – 178 см, вес – 76 кг. Отеков нет. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. При аускультации дыхание с жестким оттенком, выслушиваются с двух сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс

одинаковый на обеих руках, 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца звучные. АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 6,0 см, край ровный, безболезненный, эластичной консистенции. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 3

Больная Н., 37 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, плохой аппетит, желание есть мел, ломкость ногтей, периодически отмечает боли в эпигастральной области, изжогу, тошноту, сердцебиение и одышку при умеренных физических нагрузках. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Хронические заболевания отрицает. Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Слизистые бледно-розовые, чистые. В углах рта определяются заеды. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 52 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/60 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, определяется систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 4

Больная О., 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на надсадный кашель с мокротой, повышение температуры до 37,4°C, заложенность носа, насморк.

Считает себя больной в течение четырех дней, когда после переохлаждения почувствовала озноб, отметила повышение температуры тела и кашель. Лечилась домашними средствами, принимала жаропонижающие препараты, но улучшения не наступало, непродуктивный кашель сменился кашлем с отхождением слизисто-гнойной мокроты. В семье муж и сын болеют ОРВИ.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Роды одни (Кесарево сечение), без осложнений. Курит около 10

сигарет в сутки (стаж курения 20 лет), алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. По линии матери отягощена наследственность по сердечно-сосудистой патологии.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 174 см, вес 84 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Голосовое дрожание в симметричных точках проводится одинаково. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 6 см. Аускультативно в легких жесткое дыхание и единичные сухие хрипы в межлопаточной области. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/96 мм рт ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 5

Больной Р., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, утомляемость, приступы удушья. Чаще всего затруднение дыхания наблюдается по утрам, дважды в течение последних месяцев были ночные приступы удушья. В течение года беспокоит периодический кашель с отделением слизистой мокроты.

Приступы удушья стали беспокоить около года назад. Сначала они были редкими (1 раз в 3-4 месяца), затем – участились. В домашних условиях принимал супрастин без явного эффекта, эуфиллин, за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2-х месяцев отмечает снижение работоспособности, быструю утомляемость.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Отказался от курения 6 месяцев назад, когда появились вышеперечисленные жалобы. С детского возраста наблюдалась пищевая аллергия на цитрусовые, шоколад, часто болел бронхитом; в возрасте 14 лет у пациента было выявлено искривление носовой перегородки, от оперативного лечения отказался. В настоящее время отмечает, что стал реагировать на сильные запахи, косметику.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, определяется небольшой диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего

края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого ослабленного дыхания выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 130/86 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 6

Больная Б., 68 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на одышку в покое, сердцебиения, слабость, отеки ног, тяжесть в правом подреберье.

На протяжении 20 лет страдает стенокардией, отмечались эпизоды повышения АД. Около 5 лет – постоянная форма мерцательной аритмии. Патологии со стороны эндокринной системы нет. Ухудшение на протяжении последней недели: стала отмечать сердцебиения, появилась одышка при незначительной физической нагрузке и в покое. Связывает ухудшение с тем, что перестала принимать назначенные врачом лекарства (эналаприл, гипотиазид, ателолол). Периодически отмечает также боли за грудиной, которые появляются при ходьбе на небольшие расстояния (300-400 м), при подъеме на 1 этаж, длительностью не более 10 минут, купирующиеся приемом нитромина в течение 1-2 минут. Наследственность отягощена: инфаркт миокарда у матери в возрасте 55 лет. Не курит, алкоголь не употребляет. Диету не соблюдает. Любит соленую пищу. Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает. Беременностей 5, родов – 2, медицинских аборт – 3. Менопауза с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки голеней до верхней трети.

ЧД 22 в 1 минуту. Перкуторно - укорочение звука в нижних отделах легких. При аускультации легких в нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 96 в 1 минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 156/92 мм рт.ст. Границы сердца: левая на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя и правая границы в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 132 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12-10-8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 7

Больной Т., 38 лет, обратился на прием к участковому врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, сопровождающиеся кашлем; чувство тяжести в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки; отеки ног; быструю утомляемость. Периодически (чаще при физической нагрузке) отмечает сердцебиения.

Указаний в анамнезе на наличие сахарного диабета, гиперлипидемии нет. Одышку при незначительной физической нагрузке стал отмечать на протяжении последнего года, однако за помощью не обращался. Ухудшение самочувствия в течение последних трех дней. Вредные привычки – не курит, ежедневно употребляет спиртные напитки (100-150 г водки). Семейный анамнез в отношении сердечно-сосудистых заболеваний не отягощен. Ранее повышенных цифр АД не было.

При объективном обследовании: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Акроцианоз. Набухшие шейные вены. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Отеки голеней. ЧД 24 в 1 мин. В задненижних отделах легких – укорочение перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон множество влажных хрипов. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 100 в 1 мин., аритмичный (3–4 экстрасистолы в минуту), удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 136/82 мм рт.ст. Усилена пульсация в прекардиальной области, верхушечный толчок смещен влево до передней подмышечной области. Границы сердца: левая по передней подмышечной линии в 5 межреберье, правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – по 3 ребру. Тоны сердца приглушены, наличие дополнительных III и IV тонов, негромкий пансистолический шум над верхушкой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14-12-10 см. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 8

Больная И., 62 лет, обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на головную боль, головокружение, быструю утомляемость; периодически болевые ощущения умеренной интенсивности в левой половине груди, появляющиеся после эмоциональных нагрузок и не купирующиеся нитратами. При физических нагрузках боли в сердце не возникают.

Из анамнеза известно, что на протяжении 8 лет женщина отмечает периоды подъема АД до 190/120 мм рт.ст., появление одышки и усталости при выполнении незначительных физических нагрузок. 5 лет назад обследовалась в стационаре: эндокринной патологии, патологии со стороны почек и сосудов найдено не было. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Эпизодически для снижения артериального давления использует клофелин. На работе часто отмечает стрессовые ситуации. Наследственность отягощена: инфаркт миокарда у матери в возрасте 62 лет. Ведет малоподвижный образ жизни. Любит соленую пищу. Курит до 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 4, родов – 2, медицинских аборт – 2. Менопауза с 45 лет.

При объективном исследовании общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые

лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост 160 см. Вес 98 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечается пастозность и выраженные варикозные изменения вен голени.

ЧД 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 84 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 184/128 мм рт.ст. Усилен верхушечный толчок. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Выслушивается систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 9

Больная Ч., 40 лет обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня.

Больна 3 года. Обследовалась и лечилась в условиях специализированного отделения областной клинической больницы. После выписки из стационара рекомендации не соблюдала, принимала бруфен без видимого эффекта. Ухудшение самочувствия в течение 1 недели (после перенесенного ОРВИ). Лечилась самостоятельно: смазывала суставы препаратами с обезболивающим эффектом. Улучшения от местной терапии не отмечает.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 154/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 10

Больной Д., 30 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на колющие боли в области верхушки сердца, связанные с умеренной физической нагрузкой, одышку, сердцебиение при ходьбе, головные боли, головокружение, обмороки, слабость и повышенную утомляемость.

Из анамнеза: с 16 лет страдает ревматизмом. Обследовался и лечился в ревматологическом отделении ОКБ. Ухудшение самочувствия в течение 2-х недель: появилось сердцебиение, головокружение, участились боли в сердце.

В детстве часто болел ангиной. Перенес инфекционный гепатит. Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Рост 182 см, вес 56 кг. Отеков нет. ЧД 22 в 1 мин. Над легкими перкуторно – легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 112/96 мм рт.ст. При осмотре области сердца визуализируется верхушечный толчок в 6 межреберье. Пальпаторно: верхушечный толчок смещен влево, определяется в 5 межреберье, разлитой, высокий, резистентный. У основания сердца определяется систолическое дрожание, особенно на выдохе. Левая граница относительной сердечной тупости смещена влево на 2 см от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 12 см. При аускультации: 1 тон на верхушке ослаблен, 2 тон на аорте ослаблен. Грубый систолический шум во 2-м межреберье справа, проводящийся на сонные артерии, лучше выслушивается в горизонтальном положении на выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 11

Больная Ф., 29 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на ноющие боли в подложечной области, возникающие натощак и стихающие после приема пищи, изжогу, отрыжку, редко - тошноту.

Перечисленные симптомы отмечает в течение последнего года. За медицинской помощью не обращалась. Боли и изжогу, по совету знакомых, снимала альмагелем с временным эффектом. Питается нерегулярно. Предпочитает острую, копченую и жареную пищу. Курит с 18 лет до 20 сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Работает менеджером. Отмечает повышенную психоэмоциональную нагрузку. Часто ездит в командировки. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. В детстве наблюдалась у уролога по поводу хронического пиелонефрита. В последние годы не обследовалась, не лечилась. Менструальная функция не нарушена. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Операции отрицает. В 5-летнем возрасте перенесла сотрясение головного мозга, лечилась в неврологическом отделении ОКБ. Брат страдает хроническим гастритом. У матери – желчнокаменная болезнь.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Рост 172 см, вес – 60 кг. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД 16 в мин. Прекурторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 60 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, у корня обложен сероватым налетом. Слизистая ротоглотки чистая, розового цвета. Зубы санированы. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отмечается небольшая болезненность в эпигастрии. Отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обчного расположения, безболезненны. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 12

Больной Х., 50 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть в эпигастрии после еды, тошноту, вздутие живота, плохой аппетит, слабость, потливость, сердцебиение после приема пищи.

Вышеперечисленные жалобы появились около 6 месяцев назад после резекции желудка (по Бильрот II) в связи с язвенной болезнью, осложнившейся кровотечением. Самостоятельно принимал спазмолитики, альмагель. Лечение не было эффективным.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает. Курит с 14 лет по 18-20 сигарет в сутки, алкоголь не употребляет.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Рост 170 см, вес 61 кг. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, грудная клетка с увеличением передне-заднего размера, перкурторный звук коробочный в нижне-боковых отделах. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, единичные сухие свистящие хрипы. Пульс 76 в мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/76 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Зубы санированы. Слизистая ротоглотки, миндалины розовая. Живот втянут, симметричной формы, в акте дыхания участвует. На передней брюшной стенке по срединной линии от мечевидного отростка до пупка постоперационный рубец первичного заживления. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. При глубокой пальпации хорошо пальпируются все отделы толстого кишечника, большая кривизна не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неустойчивый, полуоформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 13

Больная Ш., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в подвздошных областях (преимущественно в левой), ноющего характера, не иррадиирующие, усиливающиеся после приема пищи и уменьшающиеся после акта дефекации или отхождения газов. Позывы на дефекацию носят часто императивный характер и возникают утром после завтрака. Стул оформленный, не чаще 2-4 раз в день. Беспокоят также иногда головные боли (по типу мигрени). Указанные симптомы появились в течение последних 12-ти месяцев после смерти мужа и сына (погибли трагически). По этому поводу не обследовалась, самостоятельно не лечилась.

Туберкулез, венерические заболевания, психические заболевания, желтуху (вирусный гепатит), малярию отрицает. Травм, операций не было. Кровь не переливалась. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Лекарственную, бытовую, пищевую, производственную аллергию отрицает. Наследственность не отягощена. Работает бухгалтером в частной фирме. Менструальный цикл не нарушен; 2 беременности, закончившиеся физиологическими родами.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. Рост 165 см, вес 68 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Число дыханий – 16 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 76 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 116/78 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык чистый, влажный, сосочки выражены нормально. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не увеличены. Зубы санированы. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Перкуторно определяется тимпанит, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Вздутия живота, урчания, переливания в кишечнике выявить не удалось. Отделы толстого кишечника пальпируются в зонах нормального расположения, безболезненны при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 14

Больной Н., 29 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы боли в области нижней трети грудины. Боль иррадирует вправо и влево, возникает через 15-30 минут после приема пищи, при наклоне туловища, подъеме тяжести, сопровождается жжением за грудиной, иногда срыгиванием кислого желудочного содержимого. Боль и жжение держатся 20-30 минут и более, проходят постепенно, снимаются приемом молока и пищевой соды.

Больным себя считает в течение 1,5 лет. За это время дважды доставлялся машиной «скорой помощи» в больницу с подозрением на инфаркт миокарда. При обследовании в стационаре этот диагноз не подтверждался, больной получал лечение по поводу хронического гастрита с повышенной секрецией. Последнюю неделю приступы боли стали возникать ночью, сопровождаться изжогой.

Туберкулез, венерические заболевания, гепатиты отрицает. Кровь не переливалась. Операций не было. Курит с 14 лет до 1,5 пачек сигарет в день. Алкоголь употребляет 2 – 3 раза в неделю до 0,5 л водки.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, больной правильного телосложения, конституционный тип – гиперстенический. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 90 кг. Отеков нет. ЧД 16 в мин, перкуторный звук легочный, дыхание

везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 72 в мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные Язык влажный, обложен серым налетом, сосочки выражены хорошо. Зубы санированы. Слизистые десен, мягкого, твердого неба и миндалин чистые. Миндалины не увеличены. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Отмечается болезненность при поверхностной пальпации в эпигастральной области и при надавливании на нижнюю треть грудины. Сигмовидная кишка, слепая и поперечно-ободочная кишки пальпируются в зонах обычного расположения, безболезненные. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 15

Больной У., 19 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на жидкий стул 2-3 раза в сутки, чаще в первую половину дня после приема пищи. Стул обильный пенистый, приносящий значительное облегчение, постоянное ощущение вздутия, распирания живота. Отмечает также плохое настроение и раздражительность из-за постоянного ощущения дискомфорта и урчания в животе, что ограничивает пребывание больного в коллективе.

Считает себя больным примерно 7 месяцев. Летом перенес пищевую токсикоинфекцию. Самостоятельно лечился левомицетином и фталазолом в течение недели. Стул нормализовался. Через 10 дней перенес простудное заболевание, по поводу чего принимал тетрациклин в течение 10 дней. После этого стал отмечать вздутие живота, повышенное газообразование, периодически неоформленный стул, в связи с чем самостоятельно принимал левомицетин по 3-4 таблетки в сутки по 2-3 дня, после чего стул восстанавливался. В последние 2 месяца прием левомицетина усиливал диарею, стал отмечать плохую переносимость молока (возникало ощущение распирания живота и повышенного газообразования). Все это сопровождалось снижением массы тела, настроения и работоспособности.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. Заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, отмечается сухость кожи лица, явления хейлита, заеды. Лимфатические узлы не увеличены. Рост 178 см, вес 62 кг. Число дыханий 16 в мин., перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 104/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык «географический» с участками плотных белых налетов и глубокими трещинами, кончик языка мацерирован, гиперемирован. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, при глубокой пальпации отмечается вздутие всех отделов кишечника, болезненность в области слепой кишки. Перкуторный звук тимпанический. Перистальтические шумы выслушиваются хорошо, усилены. Размеры печени по Курлову 10 – 9 – 8 см. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).

5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

№ 1

Больная Р., 74 лет поступила в терапевтическое отделение в сентябре 2013 года с жалобами на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении, редкий непродуктивный кашель, общую слабость.

Из анамнеза: заболела остро в июне 2013 года, когда появилась лихорадка до 39°C, одышка смешанного характера. Была госпитализирована в ТО по неотложной помощи, диагностирована внебольничная субтотальная пневмония, осложненная плевритом справа. На фоне проведенной терапии (амоксиклав, левофлоксацин, нистатин) отмечалась положительная клинико-рентгенологическая динамика. С начала сентября 2013 года вновь появилась и нарастала одышка, температура тела не повышалась. Обратилась к участковому терапевту по месту жительства. С приема направлена на госпитализацию в ТО.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Компоненты крови не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

При осмотре общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. ЧД 26 в мин. При сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука ниже уровня 4 межреберья по заднеподмышечной линии справа. При аускультации слева дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных звучных мелкопузырчатых хрипов, справа в зоне притупления перкуторного звука – дыхание резко ослаблено. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от ЛСКЛ в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 96 ударов в мин., ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 8 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Отеки голеней с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 2

Больная Ж., 57 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38,2°C, кашель с мокротой, иногда – выделение мокроты с прожилками крови, плохое самочувствие, слабость, одышку. Резкое ухудшение самочувствия произошло в течение последних двух дней, связывает это с переохлаждением.

Отмечает, что в течение полугода стала уставать, похудела, снизился аппетит. Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Проживает с семьей сына, материальное положение хорошее. В возрасте 32 лет перенесла мастэктомию справа (со слов больной, диагноз злокачественного новообразования

был подтвержден гистологически), состояла на учете в онкологическом диспансере, затем с учета была снята. Страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает гипотензивные средства.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые чистые, бледные, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 54 кг. Левая молочная железа визуально не изменена, при пальпации уплотнений не выявлено, справа – послеоперационный рубец. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 22 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Голосовое дрожание усилено справа в подлопаточной области. При перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. Дыхание везикулярное, справа в межлопаточной области и ниже угла лопатки – ослабленное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/80 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 3

Больная Х., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение по «скорой помощи» с жалобами на выраженную одышку в покое, сильную боль в правой половине грудной клетки без иррадиации, кашель, повышение температуры до 38,5⁰С. Перечисленные симптомы появились внезапно два дня назад, не были связаны с переохлаждением или эмоциональным стрессом. Принимала нитроглицерин, анальгин, парацетамол без существенного эффекта. Одышка и боли в грудной клетке не уменьшались, за последние сутки трижды отмечено выделение мокроты красного цвета, родственники, обеспокоенные состоянием женщины, вызвали скорую помощь.

Работает ткачихой. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает. Страдает тромбозом вен нижних конечностей. Беременностей – 4, родов – 2, медицинских аборт – 2, менструальный цикл не нарушен.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Определяется выраженный общий цианоз, повышенная влажность кожных покровов. Лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненны, остальные группы не пальпируются. Рост 160 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 24 в минуту, одышка смешанного характера. Эластичность грудной клетки достаточная, болезненности при пальпации грудной клетки нет. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках легких. Перкуторно над симметричными участками легких звук ясный легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 90 ударов в 1 минуту, единичные экстрасистолы. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий. Пальпируется нижний край печени, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 – 8 – 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 4

Больной К., 45 лет, поступил в стационар в конце декабря 2004 с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиения, перебои в работе сердца, повышенную утомляемость.

До 40-летнего возраста чувствовал себя абсолютно здоровым. С 2000 года стал отмечать одышку при значительной физической нагрузке. В 2001 году перенес правостороннюю пневмонию. В мае 2002 года обратился к участковому терапевту по поводу появившихся сердцебиений, перебоев в работе сердца. На ЭКГ, снятой в поликлинике, выявлен пароксизм мерцательной аритмии, купированный в областном кардиологическом диспансере при проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции. Настоящее ухудшение состояния перед поступлением в клинику выразилось в усилении одышки, появлении перебоев в работе сердца.

При объективном обследовании: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического телосложения. Диффузный цианоз кожных покровов. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост – 172 см, вес – 76 кг. Отеков нет. ЧД – 24 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пальпируется разлитая эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 110 в минуту, аритмичный, различного наполнения и напряжения. АД – 140/90 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости совпадает с верхушечным толчком. Верхняя граница сердца – уровень III ребра, правая – на 3 см кнаружи от правой парастернальной линии. При аускультации тоны сердца ослаблены с ЧСС 110 в минуту, выслушивается акцент II тона над легочной артерией, систолический шум с эпицентром во III межреберье слева от грудины с иррадиацией в область левой лопатки. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 5

Больной Ю., 57 лет, госпитализирован по СМП с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, общую слабость.

Два года назад впервые в жизни стал отмечать давящие боли за грудиной при ходьбе на

расстояние до 100 метров. В том же году перенес обширный инфаркт миокарда. После выписки повторялись давящие боли за грудиной при умеренных физических нагрузках, появилась и стала нарастать одышка. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель в виде учащения ангинозных болей, прогрессирования одышки, снижения толерантности к физической нагрузке (10-20 метров), появления приступов удушья по ночам, перебоев в работе сердца. Связывает ухудшение с тем, что перестал принимать назначенные врачом лекарства. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям: инфаркт миокарда у отца в возрасте 55 лет. Отдает предпочтение соленой пище. Курит. Диету не соблюдает. Алкоголь употребляет по праздникам, не более 100-150 мл сухого вина. АД ранее не измерял. В анамнезе - язвенная болезнь желудка; в последний год изжога, боли в эпигастрии не беспокоят.

При объективном обследовании: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности, цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см. Вес 70 кг. Отеков нет.

ЧД – 28 в минуту. Определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах легких. Дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в нижних отделах легких. Пульс одинаковый на обеих руках, 96 в 1 мин., аритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 140/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии; разлитой, усиленный. Левая граница относительной сердечной тупости соответствует локализации верхушечного толчка, правая и верхняя границы не изменены. Тоны сердца ослаблены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией, систолический шум на верхушке сердца с проведением в левую подмышечную область. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 6

Больной Ю., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на схваткообразные боли в околопупочной области, обильный стул с неперевавшими частицами пищи до 12-14 раз в сутки, урчание, вздутие живота, повышенное газоотделение со зловонным запахом, общую слабость, понижение работоспособности, похудание (на 7 кг за 6 месяцев).

10 месяцев назад перенес тяжелую форму сальмонеллеза, лечился в инфекционном отделении, был выписан в удовлетворительном состоянии. После этого отмечает склонность к поносам при употреблении жирных, молочных блюд. Самостоятельное лечение энтеросептолом, левомицетином вызывает улучшение. В связи с ухудшением состояния последние 7 дней больной направлен на стационарное лечение.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Рост 164 см, вес – 52 кг. Отеков нет. Число дыханий 18 в минуту. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, частота 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный, сосочки сглажены. Ангулярный стоматит. Зубы санированы. Слизистая десен,

мягкого неба бледная, чистая. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области. При глубокой пальпации слепой кишки выявляется урчание и плеск (симптомы Герца и Образцова). Нижний край печени по правой срединноключичной линии выступает на 2 см из-под реберной дуги, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12 – 10 – 8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 7

Больная Д., 50 лет госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на боли при ходьбе и ограничение движений в коленных суставах.

Больна около года. К врачам не обращалась. Эпизодически по совету знакомых принимала парацетамол с кратковременным эффектом. Ухудшение самочувствия в течение 2 недель на фоне физических нагрузок (работа на огороде).

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, роды – 1. Менопауза.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 158 см, вес 80 кг. Температура тела 36,7° С. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается небольшой периартикулярный отек в области коленных, суставов. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены из-за болезненности. Пальпаторно определяется симптом крепитации преимущественно в правом коленном суставе. Мышечной атрофии нет.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 8

Больной П. 49 лет доставлен в терапевтическое отделение после консультации инфекциониста, исключившего острый гепатит. Поводом для госпитализации явились сильные боли в эпигастрии, рвота, не приносящая облегчения. Данные симптомы появились после

употребления в течение последней недели большого количества алкогольных напитков и обильной разнообразной, в том числе жирной, острой пищи. Сегодня заметил желтушность кожи и склер.

В анамнезе - частое употребление алкогольных напитков, более 30 лет курит по 20 сигарет в день. Гепатит, туберкулез, другие хронические заболевания отрицает, травм и операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и медикаменты отрицает.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы, склеры и видимые слизистые с желтушным оттенком. Желтушность мягкого неба и уздечки языка. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены. Рост 183 см, вес 75 кг. Отеков нет. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком в нижнее-боковых отделах, дыхание везикулярное, ослабленное в нижнее-боковых отделах, ЧД 16 в мин. Пульс 90 в мин, ритмичный, одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/75 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Живот при пальпации мягкий, при глубокой пальпации имеет место болезненность в зоне Шоффара, точке Дежердена. Отмечается умеренное вздутие и расширение петель кишечника. Нижний край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги по правой ср.-кл. линии, мягкий, эластичный, безболезненный. Размеры печени по Курлову 15-10-10 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 9

Больная А., 30 лет, поступила в стационар в плановом порядке с жалобами на слабость, сердцебиения и одышку при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице, снижении работоспособности.

Из анамнеза известно, что в 12-летнем возрасте перенесла скарлатину, болела более месяца, получала антибактериальную терапию. После перенесенного заболевания периодически отмечала слабость, боли в плечевых суставах, подъемы температуры без катаральных явлений. ОРВИ 2-3 раза в год. Никогда не обследовалась. Настоящее ухудшение в самочувствии после очередного ОРЗ.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Рост - 164 см, вес - 52 кг, ЧД - 20 в минуту в покое. При сравнительной перкуссии легких - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС-92 в минуту, ритмичный. АД-110/60 мм рт ст. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой, усиленный в 5 м.р. на 2 см кнаружи от левой средне - ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 кнаружи от правого края грудины в 4 м. р., верхняя - П межреберье, левая на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, в 5 м. р. Первый тон на верхушке сердца ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум, связанный с 1 тоном, занимающий 2/3 систолы, шум проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по краю реберной дуги (размеры по Курлову 9x8x7), селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 10

Больной Ш., 69 лет, поступил стационар в конце августа 2010 с жалобами на одышку в покое, появление отеков ног, увеличение в размерах живота.

В августе 2010 года перенес инфаркт миокарда, лечился в кардиологическом отделении 3-й гор. больницы. После выписки из стационара загрудинные боли не повторялись. Чувствовал себя удовлетворительно. Однако с конца октября этого года появилась одышка при ходьбе, а затем и в покое, появились отеки нижних конечностей, стали увеличиваться размеры живота. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Назначенное лечение фуросемид 40 мг/сутки, эналаприл 10 мг/сут в течение 2-х недель эффекта не оказало. Направлен в экстренном порядке в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. Акроцианоз. Шейные вены набухшие, пульсируют. Кожные покровы желтушные, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. ЧД - 24 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над легкими – притупление в нижних отделах. При аускультации жесткое дыхание, в нижнее - боковых отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/75 мм рт.ст. Верхушечный толчок смещен влево, усилен, разлитой. Правая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - в 5 межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя - на уровне II ребра. Тоны сердца глухие. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, плотная с острым краем, безболезненная.

На фоне проводимого лечения в отделении (лазикс 60 мг/сутки в/в, верошпирон 100 мг/сутки, престариум 5 мг /сутки, беталок-ЗОК 12,5 мг/сутки) самочувствие улучшилось – уменьшилась одышка, отеки ног, асцит. Однако на 6-й день пребывания в палате среди ночи ощутил резкие боли в 1-м плюснефаланговом суставе правой стопы, озноб. Температура тела – 37,5 С. При осмотре – кожа в области 1-го плюснефалангового сустава гиперемирована с синюшным оттенком, отечная, резкая болезненность при пальпации указанной области.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 11

Больной Е., 68 лет поступил в стационар с жалобами на одышку с затрудненным выдохом, периодически возникающее чувство резкой нехватки воздуха (преимущественно в ночные часы), кашель со светлой, трудноотделяемой мокротой.

Много лет страдает хроническим бронхитом. Обострения 2-3 раза в год со стационарным лечением. Последняя госпитализация 6 месяцев назад. Ежедневно использует беродуал. В течение последних месяцев отмечает усиление одышки, снижение переносимости физических нагрузок и появление приступов удушья в ночные часы (до 3-х раз за ночь). Иногда ощущает перебои в работе сердца, сердцебиение.

Желтухой, туберкулезом не болел. Травм, операций не было. Курил до 30 сигарет в сутки на протяжении 40 лет, в течение полугода не курит. Алкоголь употребляет умеренно. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 171 см. Масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, цианоз носогубного треугольника. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. ЧД – 24 в 1 мин. Перкуторный звук коробочный, дыхание жесткое, большое количество сухих хрипов над всей поверхностью легких. Пульс одинаковый на обеих руках, 77 уд/мин, аритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 120/80

мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Язык обложен белым налетом. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под правой реберной дуги по правой среднеключичной линии, размеры печени по Курлову 10 – 8 – 6 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 12

Больной Т., 52 лет, доставлен в стационар по скорой помощи с работы с жалобами на чувство нехватки воздуха, «свист в груди», кашель, слабость, головную боль. В ночь перед госпитализацией испытывал чувство нехватки воздуха, принимал нитроглицерин без эффекта, эуфиллин с незначительным эффектом. Придя на работу, почувствовал резкую слабость, ощущение удушья, сослуживцы вызвали скорую помощь.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Отмечает аллергические реакции на пищевые продукты (какао, красное вино, апельсины) и лекарственные препараты (диклофенак) в виде крапивницы. Курит с подросткового возраста до 20 сигарет с фильтром в сутки. Много лет беспокоит кашель, особенно по утрам, систематически не лечился. Периодически замечал «свист в легких», одышку, связывал их с инфекциями или курением.

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной предпочитает занимать полусидячее положение. Кожные покровы чистые, определяется небольшой диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, частота дыхания 24 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 130/78 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 13

Больная Т., 40 лет, госпитализирована с жалобами на отечность лица, покраснение кожи, чувство жжения в различных участках тела, головокружение, общую слабость, одышку. Ухудшение возникло остро около 3 часов назад после приема таблетки кордафлекса. Пациентка, измеряя артериальное давление, выявила его повышение до 150/90 мм рт.ст. и решила принять кордафлекс. Через некоторое время появился кожный зуд, головокружение, стал развиваться отек лица. Вызвала бригаду СМП.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. В течение 6 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу чего принимает берлиприл. Около года назад была выявлена гипергликемия, в связи с чем больная соблюдает диету. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В детстве отмечалась аллергия на цитрусовые, шоколад. На медикаменты аллергических реакций не отмечала. Материально-бытовые условия хорошие. Гинекологически здорова.

При осмотре выявляется гиперемия кожных покровов, отечность лица, слизистой губ. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 56 кг. Отеков нижних конечностей нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка нормостеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. При перкуссии справа и слева звук ясный легочный. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 104/72 мм рт. ст. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 14

Больной З., 42 лет, поступил в стационар с жалобами на интенсивные постоянные боли в верхней трети живота, тошноту, рвоту съеденной пищей.

Подобные симптомы беспокоят в течение последних 3 лет, периодически усиливаясь несколько раз в год, иногда провоцируются употреблением жирной, жареной, острой пищи, иногда без видимых причин. Боли купируются приемом спазмолитиков, анальгетиков. Последнее ухудшение в течение 3-х дней после обильного ужина. Обычная тактика эффекта не дала, симптомы сохранялись. Обратился за медицинской помощью.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сут, тромбо-асс. АД контролирует не регулярно, обычные цифры – 140-150/90-100 мм рт.ст. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые. Выявляется умеренная иктеричность склер. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост

175 см, вес 67 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 78 уд. в мин, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в V межреберье по средней ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, слизистая ротоглотки розовая, чистая. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в эпигастрии и в зоне Шоффара. Гиперестезия кожи ниже угла левой лопатки на уровне X-XII ребер. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, уплотнена, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 15

Больной Н., 42 лет, поступил по скорой помощи с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель, субфебрилитет. Заболел три дня назад, после значительной физической нагрузки и переохлаждения почувствовал недомогание, принимал анальгин, аспирин с неполным эффектом. В последующие дни чувствовал себя плохо, но за медицинской помощью не обращался. Когда появились боли в левой половине груди и сильный кашель, родственники, обеспокоенные состоянием мужчины, вызвали «скорую помощь».

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болел. Кровь не переливали, травм не было. Два года назад перенес острый не Q - инфаркт миокарда, постоянно принимает тромбо-АСС, перед значительной физической нагрузкой – нитропрепараты. При обычных каждодневных нагрузках нитропрепаратами не пользуется. Живет на 3 этаже пятиэтажного дома, поднимается в лестницу без остановок в среднем темпе. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций нет. Производственных вредностей нет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 170 см, вес 92 кг. Пастозность тыльной стороны стоп. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах - единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 130/80 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).

3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 16

Больная Е., 39 лет, поступила в терапевтический стационар с жалобами на приступы удушья, сухой кашель, заложенность носа и практически постоянный ринит, выраженную слабость, головную боль. Удушье впервые возникло около 4 лет назад, однако после приема сальбутамола (мать пациентки страдает бронхиальной астмой и пользуется данным препаратом) состояние улучшилось. Около года назад пациентка с целью купирования головной боли приняла анальгин с аспирином, после чего развился отек губ, возникло затруднение дыхания (преимущественно выдоха), состояние облегчилось приемом сальбутамола, антигистаминных средств. В детстве часто болела простудными заболеваниями, практически постоянно отмечала заложенность носа, признаки ринита сохранялись и после выздоровления от вирусной инфекции. Постоянно использует сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, ксилен и другие).

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия на цитрусовые, аспирин, и, возможно, анальгин. Менструальный цикл не нарушен. Роды одни, без патологии. Замужем, материально-бытовые условия хорошие.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника, слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 23 в 1 минуту. Голосовое дрожание в симметричных точках проводится одинаково. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. Дыхание везикулярное ослабленное, единичные сухие хрипы преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 142/86 мм рт ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра иностранных языков

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия
Квалификация выпускника – врач - терапевт
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: ФД.1

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- лексический минимум в объеме 4000 учебных лексических единиц общего и терминологического характера;- основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на иностранном языке;- грамматические правила изучаемого языка;- приемы и основы перевода профессионально ориентированных текстов;- иностранный язык в объеме, необходимом для получения профессиональной информации из зарубежных источников и общения на профессиональном уровне. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- понимать устную и письменную речь, распознавать, правильно переводить и употреблять грамматические формы и конструкции, типичные для медицинской литературы, делового общения, а также бытовых и страноведческих тем;- отбирать и систематизировать полученную информацию на иностранном языке;- фиксировать необходимую информацию из прочитанного на иностранном языке в виде аннотаций;- логически верно аргументировать и ясно строить устную и письменную речь. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками работы со словарями, справочной литературой, печатными изданиями по профессионально ориентированной литературе;- грамматическими правилами и разговорными формулами иностранного языка;- приемами и основами перевода специальных текстов;- навыками аналитической переработки полученной информации.	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. грамматических заданий	<p>Зачет</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: грамматические задания

Английский язык

I. Раскройте скобки.

1. Health remains the supreme goal at all times. 2. Next year after he (to finish) internship he (to enter) a residency. 3. In Great Britain higher medical education is not free of charge. 4. The physician (not to write) out a prescription yesterday, he (to send) the patient for further analyses. 5. In Britain candidates enter medical schools generally at the age of 18. 6. Writing a thesis is required for practice. 7. If you like, I'll gladly show you through some of our clinics and departments. 8. Latin is taught in all Russian medical institutes. 9. Next year the curriculum (not to be) as difficult as it (to be) last year.

II. Задайте вопросы разных типов.

1. Medical graduates applied for the post-graduate course. (спец.)
2. Practical skills will be very important for future doctors. (разделит.)
3. Attendance of practical classes is voluntary. (общий)
4. Our Academy was founded in 1930. (альтерн.)
5. The medical students take State examinations after the sixth year. (к подлежаж.)

III. Заполните пропуски модальными глаголами.

1. Any citizen of our country ... apply to a medical institute. 2. If the patient he needs an operation the doctor ... make the arrangement to admit the patient to the hospital. 3. We ... either keep our health or lose it. 4. What ... you do to become good doctors in the future? 5. Applicants who have finished school with a gold or silver medal ... take only one examination.

IV. Ответьте на вопросы.

1. What must the person do when he comes to the polyclinic?
2. What can a young doctor obtain after residency?
3. When was our academy founded?

V. Переведите предложения.

1. Ординатура подготавливает высоко квалифицированных специалистов в определенной области. 2. Три помощника есть у врача - слово, растение и нож. 3. Существуют поликлиники для взрослого населения и поликлиники для детей.

VI. Определите время и залог сказуемого. Составьте на английском языке вопросы к подчеркнутым членам предложений. Переведите составленные вопросы на русский язык.

1. My friend has been preparing for the exams for a week. 2. He had accomplished the task by the end of the year. 3. The exams were being taken from 9 till 12 a.m. yesterday. 4. Tomorrow I'll make my report for the conference. 5. Such sick persons receive a sick-leave.

VII. Поставьте глагол в скобках в нужное время.

1. She (to complain) of pains in her side for the whole day. 2. Last week I (to graduate) from the academy and now I (to seek) a good job. 3. They think that their article (to publish) by Monday. 4. This doctor usually (to perform) operations on Friday. 5. We (to learn) new grammar during the whole class yesterday. 6. All our work (to finish) last month. 7. The doctor knew that the white blood cells count (to be) normal.

VIII. Раскройте скобки, поставив сказуемые в придаточном дополнительном в нужном времени и залоге.

1. He was told that it (станет – to become) a doctor in future. 2. She said she (изучала – to study) French before. 3. They said that they (работает – to work) in the hospital.

IX. Переведите предложения на русский язык.

1. Before 1918 there were 28 churches in Ivanovo-Voznesensk. 2. It is a laboratory assistant who takes an electrocardiogram at the out-patient department. 3. As soon as he comes I'll show him your report.

X. Переведите предложения на английский язык.

1. Туловище делится на грудную клетку и брюшную полость. 2. А. Везалий изучал анатомию человека на трупах. 3. Именно Э. Дженнер создал вакцину против оспы. 4. И. М. Сеченов включал в свои работы данные, которые он определил раньше. 5. Иваново известен как крупный текстильный центр России.

Немецкий язык

Выберите один верный ответ:

I. В данном предложении порядок слов:

In diesem Laboratorium macht man verschiedene Analysen.

1. прямой 2. обратный 3. смешанный 4. правильный

II. Сказуемое в предложении *Unsere Akademie hatte früher nur zwei Fakultäten.* переводится:

1. настоящим временем
2. прошедшим временем
3. будущим временем
4. предпрошедшим временем

III. Тип глагола в предложении *Alle Organismen bilden eine grosse Zahl der bedingten Reflexe aus:*

1. простой
2. с неотделяемой приставкой
3. с отделяемой приставкой
4. правильный

IV. По форме Partizip II глагол *gebildet* :

1. слабый
2. сильный
3. правильный
4. неправильный

V. На русский язык глагол с местоимением *man* переводится в предложении *Man stellte dem Patienten sofort die richtige Diagnose:*

1. первым лицом мн. числа
2. третьим лицом ед. числа
3. третьим лицом мн. числа
4. первым лицом ед. числа

VI. Правильный перевод предложения с модальным глаголом *Dieses Ziel kann man bei strenger Diät erreichen*:

1. Этой цели нельзя достичь строгой диетой.
2. Необходимо достичь цели строгой диетой
3. Этой цели можно достичь строгой диетой.
4. Нужно достичь этой цели строгой диетой.

VII. К подчеркнутому слову в предложении *In der Nacht hustete ich stark und nieste* подходит вопросительное слово:

1. wie
2. wann
3. welche
4. was

VIII. К подчеркнутому члену предложения *Den Körper des Menschen kann man durch Einen Schnitt in zwei Hälfte zerlegen* подходит вопросительное слово:

1. wodurch
2. durch was
3. was
4. welche

IX. Глагол с неотделяемой приставкой:

1. entsprechen
2. `einnehmen
3. gehen
4. zusammensetzen

Русский язык как иностранный

I. Дополните предложения, выбрав корректный вариант.

1. *Воспаление толстой кишки ... колита.*

- (A) дали название
- (Б) называют
- (B) имеет название
- (Г) называется

2. *Раздражимость - черта... для всего живого.*

- (A) характерна
- (Б) характерно
- (B) характерны
- (Г) характерная

3. *Субстраты - вещества, с... взаимодействуют ферменты.*

- (A) которыми
- (Б) чьими
- (B) теми
- (Г) какими

4. *Процессы обмена веществ принято... на анаболические и катаболические.*

- (A) разделять

- (Б) отделять
- (В) выделять
- (Г) наделять

II. Продолжите:

1. Реферат – это..

- А) краткое устное или письменное изложение содержания научной работы.
- Б) краткая характеристика содержания оригинала, целевого назначения издания;
- В) официальный письменный отзыв, содержащий критический обзор научного первоисточника, выводы о значимости работы и ее оценку, а также практические рекомендации.

2. Конструкция *статья рассчитана на широкий круг читателей* характерна для...

- А) реферата;
- Б) рецензии;
- В) аннотации.

3. Конструкция *в статье условно можно выделить 3 части* характерна для описания...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

4. Конструкция *работа посвящена* характерна для описания ...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

5. Выводы вводятся с помощью конструкции...

- А) автор приходит к мысли;
- Б) автор ставит вопросы;
- В) автор приходит к выводу.

2.5.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» выставляется, если обучающийся справился с 70% и более заданий.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра лучевой, функциональной и клинической лабораторной диагностики ИПО

Приложение 1
к рабочей программе
дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Квалификация выпускника – врач - терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: ФД.2

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">– основы анатомии и физиологии человека, возрастные особенности;– клиническое значение других методов исследования в диагностике заболеваний;– организацию ультразвуковой диагностики;– топографическую анатомию человека применительно к специфике проводимых ультразвуковых исследований;– физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука;– особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований;– современные методы ультразвуковой диагностики;– методы контроля качества ультразвуковых исследований;– признаки неизменной ультразвуковой картины органов желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства.– ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, селезенки, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства;– признаки неизменной эхографической картины органов малого таза; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">– анализировать клиничко-лабораторные данные в свете целесообразности проведения ультразвукового исследования;– оценить достаточность предварительной информации для принятия решений;– оценить состояние здоровья и поставить предварительный диагноз.– определить показания и целесообразность к проведению ультразвукового исследования;– выбрать адекватные методики ультразвукового исследования;– соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами;– выбрать необходимый режим и трансдьюсер для ультразвукового исследования;– получить и задокументировать диагностическую	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. тестовых заданий;2. ситуационных задач	<p>Зачет</p>

<p>информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить соответствующую подготовку больного к исследованию; – производить укладку больного; – на основании ультразвуковой семиотики выявить изменения в органах и системах; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – интерпретацией результатов основных ультразвуковых методик: двухмерным ультразвуковым сканированием в режиме реального времени (в режимах развертки В и М); режимами цветовой и спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; выполнением основных измерений в М-модальном и В-модальном режимах и режиме спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; 		
---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий.

2.1.1 Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине. Вариант тестовых заданий состоит из 10 вопросов.

Пример тестовых заданий:

01. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц

Ответ: Б.

02. Акустической переменной является:

- А. Частота
- Б. Давление
- В. Скорость
- Г. Период
- Д. Длина волны

Ответ: Б.

03. Анатомически в печени выделяют:

- А. 6 сегментов
- Б. 8 сегментов
- В. 7 сегментов
- Г. 5 сегментов
- Д. 4 сегмента

Ответ Б

04. У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:

- А. Полностью исключает наличие конкременте
- Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике

- В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
- Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
- Д. Не исключает наличие мочекислого конкремента

Ответ: Б

05. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:

- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
- В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- Г. Апикальная пятикамерная позиция
- Д. Апикальная двухкамерная позиция

Ответ: Б

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины. Тестовый контроль оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 70%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «выполнено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются практические умения и навыки по дисциплину. Обучаемому предлагается 1 ситуационная задача.

Пример ситуационной задачи:

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Выполните задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Укажите возможные осложнения при данной патологии?
5. Опишите укладку больного и плоскости сканирования при ультразвуковом исследовании.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Выполнение заданий по клинической ситуации оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе выполнения заданий выставляется, когда обучающийся справился со всеми заданиями.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

Зачет проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи. Для получения отметки «зачтено» по дисциплине обучающийся должен получить отметки «выполнено» за тестирование и выполнение заданий по ситуационной задаче.

Тестовые задания

Вариант № 1.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
 - Б. 20000 Гц
 - В. 1 МГц
 - Г. 30 Гц
 - Д. 20 Гц
- 02.** Акустической переменной является:
- А. Частота
 - Б. Давление
 - В. Скорость
 - Г. Период
 - Д. Длина волны
- 03.** Анатомически в печени выделяют:
- А. 6 сегментов
 - Б. 8 сегментов
 - В. 7 сегментов
 - Г. 5 сегментов
 - Д. 4 сегмента
- 04.** У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:
- А. Полностью исключает наличие конкременте
 - Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
 - В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
 - Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
 - Д. Не исключает наличие мочекаислого конкремента
- 05.** Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:
- А. Парастеральная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Парастеральная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
 - В. Парастеральная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная пятикамерная позиция
 - Д. Апикальная двухкамерная позиция
- 06.** О наличии аневризмы брюшной части аорты свидетельствует увеличение диаметра аорты свыше:
- А. 1,5 см.
 - Б. 2,0 см.
 - В. 2,5 см.
 - Г. 3,0 см.
- 07.** При тромбозе нижней полой вены компрессия её просвета датчиком приводит:
- А. К полному спадению стенок и исчезновению просвета.
 - Б. Размер просвета не изменяется.
 - Д. Правильно А и В.
- 08.** Карман Морисона для поиска свободной жидкости – это:
- А. Пространство между правой долей печени и правой почкой
 - Б. Пространство между селезенкой и левой почкой
 - В. Полость перикарда
 - Г. Пространство между куполом диафрагмы и правым легким
- 09.** К эхографическим признакам тампонады сердца не относится:
- А. Диастолический коллапс стенки правого желудочка и/или стенки правого предсердия

- Б. Дилатация нижней полой вены с отсутствием изменения диаметра нижней полой вены на вдохе или недостаточное ее коллабирование (уменьшение диаметра нижней полой вены менее чем на 50% при вдохе)
- В. Усиление респираторных вариаций транстрикуспидального и трансмитрального потоков при доплеровском исследовании.
- Г. Дилатация полости левого предсердия и левого желудочка
- 10.** В норме давление в легочной артерии:
- А. менее 15 мм.рт.ст.
- Б. менее 30 мм.рт.ст.
- В. менее 35 мм.рт.ст.
- Г. менее 40 мм.рт.ст.

Вариант № 2.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц
- 02.** Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:
- А. Плотности
- Б. Акустическом сопротивлении
- В. Скорости распространения ультразвука
- Г. Упругости
- Д. Скорости распространения ультразвука и упругости
- 03.** При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:
- А. Наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве
- Б. Гиперэхогенность капсулы в области разрыва
- В. Гипоэхогенность капсулы в области разрыва
- Г. Дистальное усиление за зоной разрыва
- Д. Дистальное ослабление за зоной разрыва
- 04.** Выявление взвешенных эхосигналов в асцитической жидкости может указывать на:
- А. Злокачественный процесс
- Б. Воспалительный процесс
- В. Доброкачественный процесс
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В
- 05.** К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:
- А. Локальное повреждение контура (капсулы) печени
- Б. Гипо-/анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
- В. Наличие свободного газа в брюшной полости
- Г. Наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
- Д. Верно А и Г
- 06.** По данным ультразвукового исследования определить локализацию конкремента (в чашке или лоханке):
- А. Нельзя
- Б. Можно
- В. Можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью
- Г. Можно только при наличии камней мочево́й кислоты

Д. Можно только при наличии камней щавелевой кислоты

07. Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:

А. Ультразвукового исследования

Б. Компьютерной томографии

В. Допплерографии

Г. Внутривенной урографии

Д. Верно Б и Г

08. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании:

А. В норме не визуализируется

Б. Эхографический признак аномалии развития матки

В. Эхографический признак аномалии развития яичников

Г. Может регистрироваться в перивульторную фазу менструального цикла

09. Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:

А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

Б. Апикальная четырехкамерная позиция

В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

Г. Апикальная двухкамерная позиция

10. На участке окклюзирующего тромба сигнал кровотока:

А. Отсутствует

Б. Регистрируется

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 01.

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Вопросы:

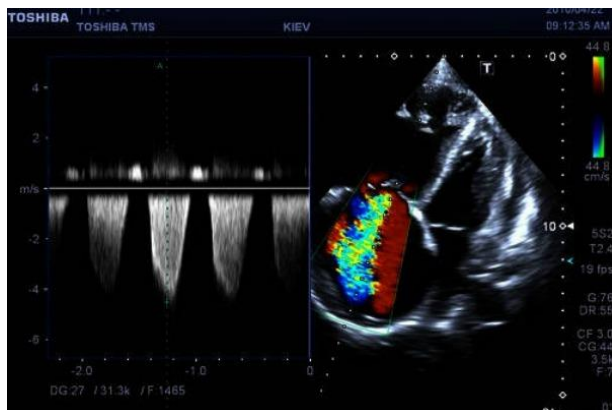
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 02.

Больная Р., 65 лет поступила в стационар терапевтического профиля с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

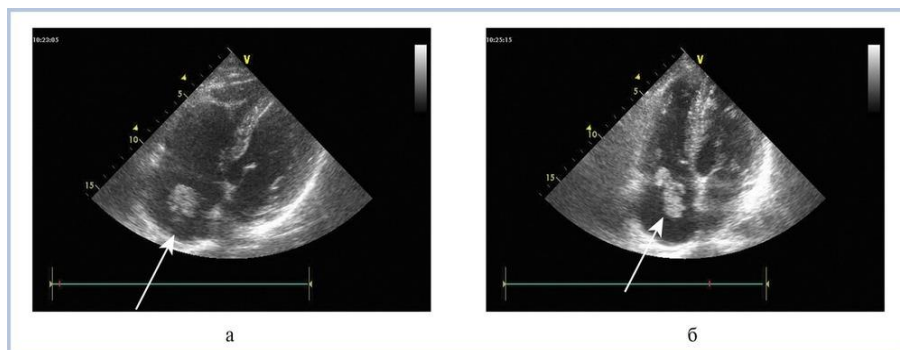
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 03.

Больная О., 70 лет поступила в кардиологический стационар с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением. Длительное время наблюдалась у кардиолога с нарушением ритма.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 04.

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

При УЗИ органов брюшной полости:

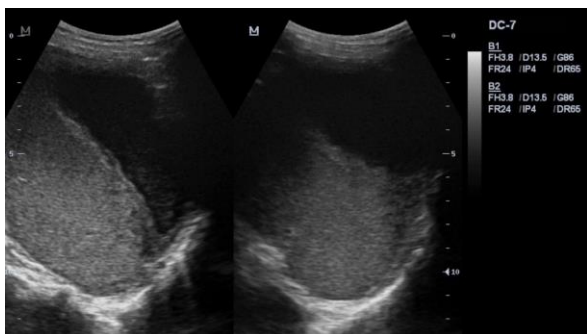


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие еще доступы необходимо использовать с целью поиска свободной жидкости?

Ситуационная задача № 05.

Больной К., 21 года поступил в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 уд/мин.



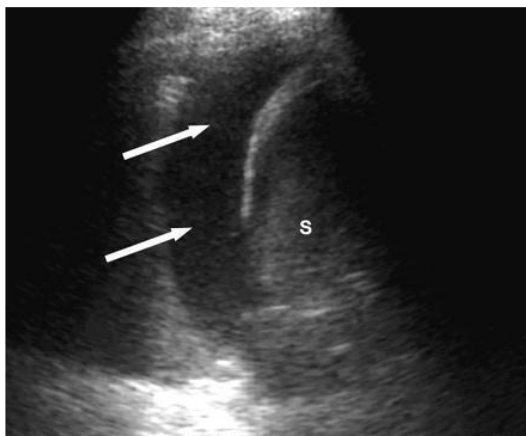
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 06.

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки.

Доставлен в травм пункт. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. При пальпации болезненность левой половины грудной клетки.



Вопросы:

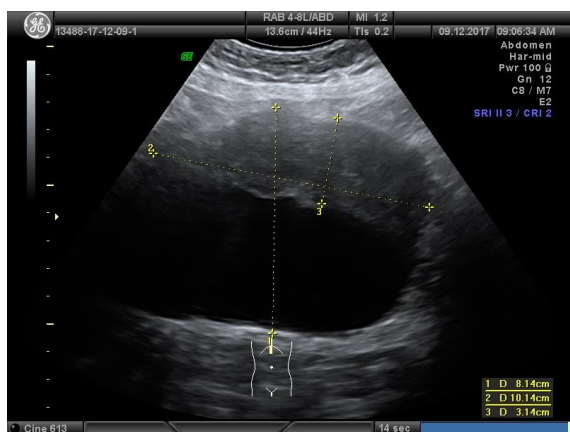
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 07.

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертензией, окклюзией артерий нижних конечностей и хронической коронарной недостаточностью, перенес инфаркт миокарда.

В течение двух последних месяцев беспокоили боли в животе, интенсивность боли постоянно нарастала, но к врачу не обращался. 1,5 часа назад внезапно возникли резкие боли в животе и в поясничной области. Боль локализовалась преимущественно слева. Одновременно значительно ухудшилось общее состояние. Боли сопровождались тошнотой, рвотой. Несколько позже появились дизурические явления.

При поступлении состояние больного тяжелое, лежит неподвижно. Сознание сохранено, стонет от боли, ножные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс частый и малый. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько увеличен слева, передняя брюшная стенка участвует в дыхании, мягкая. В брюшной полости, больше слева, определяется плотное, болезненное, с нечеткими контурами образование. Над ним выслушивается систолический шум. Имеются умеренно выраженные признаки острой ишемии нижних конечностей.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 08.

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель. Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер. Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии. При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.



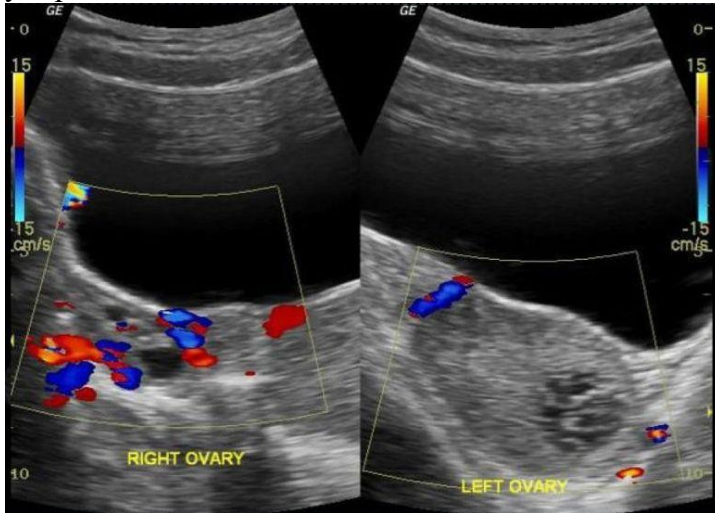
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 09.

Больная Л. 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые

нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 10.

Больная С., 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

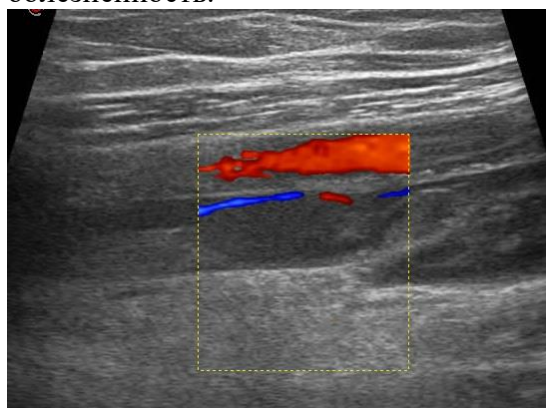


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Тактика дальнейшего ведения?

Ситуационная задача № 11.

Больная Т. 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При осмотре конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

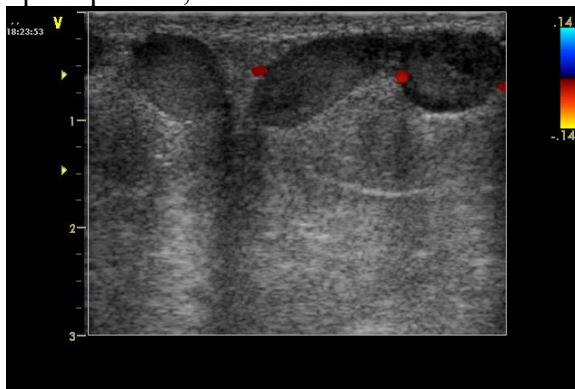


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 12.

Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до 37,8°C. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.

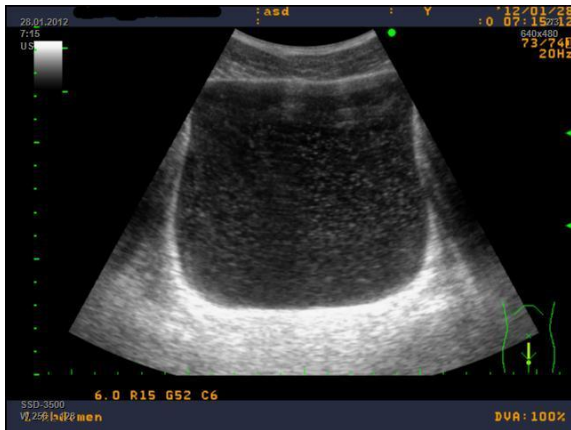


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 13.

В послеоперационной палате находится пациент с диагнозом «ущемленная правосторонняя паховая грыжа». Больной жалуется на боли в области послеоперационной раны и внизу живота. При осмотре: температура 37,6°C, пульс 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/80 мм рт.ст. Пациент самостоятельно не мочится в течение четырёх часов.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 14.

Больной К., 68 лет поступил по СМП в урологическое отделение с жалобами на одышку, выраженную слабость, гематурию. Из анамнеза: жил в сельской местности, никогда ни на что не жаловался, к врачу не обращался, хронических заболеваний не имеет. За последние пол года похудел на 6 кг.

При смотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Пониженного питания. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Живот безболезненный, в правой половине пальпируется плотное, бугристое объемного образования. С-ом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, моча темного цвета.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 15.

В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0,8 x 0,5 см.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?