

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 «Эндокринология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Эндокринология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;	1, 2, 3 семестры
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;	1, 2, 3 семестры
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, 3 семестры
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;	1, 2, 3 семестры
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, 3 семестры
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи;	1, 2, 3 семестры
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, 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	Знает: - основы логики;	Комплекты: 1. Тестовых	Зачет с оценкой по

		<ul style="list-style-type: none"> - философские диалектические принципы; - методологию диагноза; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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; 	заданий; 2. Ситуационных задач.	модулям дисциплины 1 -3 семестры
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"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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 эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактики больных эндокринологического профиля; 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации и диспансерного наблюдения, приказы и нормативные документы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; 		

		<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных заболеваний; 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики; - топографическую анатомию эндокринных желез; - основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

Модули дисциплины:

- Теоретические основы эндокринологии и методы исследования эндокринных желез в клинике (УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6)
- Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы (УК-1, ПК-5, ПК-6)
- Заболевания надпочечников (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)
- Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Заболевания щитовидной железы (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Заболевания околощитовидных желез (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Ожирение (УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Эндокринные аспекты патологии половых желез (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

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	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы,</p>	<p>Умеет <u>Не способен -</u> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно абстрактно мыслить, анализировать и</p>

			<u>но допускает небольшие ошибки</u>	делать выводы
УК-2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p>Владеет: <u>Не способен самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p>
ПК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок 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</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно 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</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя 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</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен 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</u></p>

	<p>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>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>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>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</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять</p>

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

	<i>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	<i>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	<i>Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, <u>но допускает небольшие ошибки</u></i>	<i>формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>
ПК-6	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической и 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, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы,</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные</p>	<p>Умеет: <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> <p>Владеет: <u>Не способен</u> применять</p>

	<i>факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	<i>лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	<i>лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки</u></i>	<i>природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ В КЛИНИКЕ

Тестовые задания

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

1. УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, НЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ПОНЯТИЮ «ГОРМОН» И «ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ»:
 - А. Продуцируется эндокринной железой
 - Б. Не обладает дистантностью влияния
 - В. Способность оказывать биологическое действие в ничтожно малых концентрациях
 - Г. Наличие специального органа-мишени
2. ВВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКУ КОРТИКОЛИБЕРИНА ВЫЗЫВАЕТ:
 - А. Торможение синтеза АКТГ
 - Б. Усиление синтеза АКТГ
 - В. Усиление синтеза инсулина
 - Г. Снижение синтеза кортизола
3. СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПОДАВЛЯЕТ:
 - А. Серотонин
 - Б. Эстрогены
 - В. Глюкагон
 - Г. Соматостатин
4. СНИЖЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ У МУЖЧИН СОПРОВОЖДАЕТСЯ:
 - А. Повышением слуха
 - Б. Повышением потенции и либидо
 - В. Гирсутизмом
 - Г. Уменьшением размеров яичек
5. АКТГ СИНТЕЗИРУЕТСЯ В:
 - А. Коре надпочечников
 - Б. Передней доле гипофиза
 - В. Задней доле гипофиза
 - Г. Гипоталамусе
6. ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - А. Похудание
 - Б. Стрии на коже
 - В. Артериальная гипотония
 - Г. Повышенная влажность кожных покровов
7. ПРИЧИНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:
 - А. Недостаточная продукция вазопрессина
 - Б. Избыточная продукция антидиуретического гормона
 - В. Резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
 - Г. Поражение гипоталамо-гипофизарной области
8. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНО:
 - А. Более тяжелое течение по сравнению с первичным гипокортицизмом
 - Б. Не развивается дефицит минералокортикоидов
 - В. Меланодермия и пристрастие к соленой пище
 - Г. Является наиболее частым осложнением черепно-мозговых травм
9. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ:
 - А. Регуляция углеводного обмена
 - Б. Регуляция гомеостаза воды, электролитов, поддержание системного АД
 - В. Анаболическое действие

Г. Регуляция жирового обмена

10. ИНСУЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

А. Сахарного диабета 2 типа

Б. Сахарного диабета 1 типа

В. Гестационного сахарного диабета

Г. Вторичного сахарного диабета, обусловленного синдромом гиперкортицизма

11. КЛЕТКИ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА, СЕКРЕТИРУЮЩИЕ ИНСУЛИН:

А. Бета-клетки

Б. Альфа-клетки

В. d-клетки

Г. F-клетки

12. ОСНОВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Адреналин

Б. Норадреналин

В. Глюкоза

Г. Пролактин

13. С-ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Контринсулярным гормоном

Б. Диагностическим критерием сахарного диабета

В. Показателем секреции инсулина

Г. Показателем секреции глюкагона

14. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО:

А. Наследственная предрасположенность

Б. Начало заболевания острое в молодом возрасте

В. Начало заболевания старше 40 лет у лиц с ожирением

Г. Проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

15. ГЕНЫ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ОТНОСЯТ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ В ОТНОШЕНИИ:

А. Сахарного диабета 2 типа

Б. Сахарного диабета беременных

В. Сахарного диабета 1 типа

Г. Несахарного диабета

16. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ СД ТИПА 2 ЛЕЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ, КРОМЕ:

А. Аутоиммунная деструкция бета-клеток поджелудочной железы

Б. Повышение продукции глюкозы печенью

В. Снижением активности пострецепторных механизмов транспорта глюкозы в печени и мышцах

Г. Нарушение секреции инсулина (снижение первой фазы секреции в ответ на прием пищи)

17. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 1 ЛЕЖИТ:

А. Инсулинорезистентность

Б. Гиперинсулинемия

В. Инсулинодефицит

18. ВВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКУ ТИРОЛИБЕРИНА ВЫЗЫВАЕТ:

А. Усиление синтеза ТТГ

Б. Усиление секреции ФСГ

В. Угнетение секреции ЛГ

Г. Усиление секреции АКТГ

19. НА СЕКРЕЦИЮ ТИРЕОЛИБЕРИНА ВЛИЯЕТ:

А. Глюкагон

Б. Инсулин

В. Тироксин

Г. Окситоцин

20. ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН СТИМУЛИРУЕТ СИНТЕЗ:

- А. Глюкагона
- Б. Инсулина
- В. Тестостерона
- Г. Тироксина

21. ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН (ТТГ) СИНТЕЗИРУЕТСЯ В:

- А. Гипоталамусе
- Б. Передней доле гипофиза
- В. Задней доле гипофиза
- Г. Щитовидной железе

22. СИНТЕЗ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА УСИЛИВАЕТСЯ:

- А. Избытком тироксина
- Б. Тиреолиберином
- В. Избытком трийодтиронина
- Г. Моноидтиронином

23. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ:

- А. УЗИ щитовидной железы
- Б. Ангиография сосудов щитовидной железы
- В. Компьютерная томография
- Г. Радиоизотопная сцинтиграфия

24. ПРОБУ С ТИРЕОЛИБЕРИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

- А. Гипотиреоза
- Б. Токсической аденомы
- В. Диффузного токсического зоба
- Г. Соматотропиномы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ ТИРОГЛОБУЛИНА В КРОВИ ПОКАЗАНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

- А. Диффузного токсического зоба в сомнительных случаях у пожилых
- Б. Дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза
- В. Метастазов высокодифференцированных раков щитовидной железы после удаления щитовидной железы
- Г. Аутоиммунного тиреоидита Хашимото у беременных в III триместре

26. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

- А. Папиллярного рака
- Б. Токсической аденомы
- В. Медуллярного рака
- Г. Фолликулярного рака

27. ПРИ ИЗБЫТКЕ ТИРОКСИНА В КРОВИ:

- А. Повышается уровень тиреотропного гормона
- Б. Снижается уровень тиреотропного гормона
- В. Не изменяется уровень тиреотропного гормона
- Г. Повышается содержание тиреолиберина

28. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- А. Определение кальцитонина сыворотки
- Б. Определение в крови тиреоидных гормонов
- В. Определение йода, связанного с белками
- Г. Ультразвуковое исследование

29. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К:

- А. Снижению секреции паратгормона
- Б. Повышению ТТГ
- В. Повышению Т4
- Г. Повышению АКТГ

30. ПАРАТГОРМОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. Является стероидным гормоном
- Б. Является белковым гормоном
- В. Уменьшает всасывание кальция
- Г. Увеличивает экскрецию кальция с мочой

31. ПАРАТГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ:

- А. Синтез ТТГ
- Б. Синтез инсулина
- В. Выход кальция и фосфора из кости
- Г. Синтез витамина Д

32. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНОЕ В ОТНОШЕНИИ ПАРАТГОРМОНА УТВЕРЖДЕНИЕ:

- А. Стимулирует реабсорбцию кальция в дистальных канальцах почек
- Б. Стимулирует реабсорбцию кальция в проксимальных канальцах почек
- В. Уменьшает всасывание кальция в тонком кишечнике
- Г. Усиливает канальцевую реабсорбцию фосфора

33. ОСНОВНОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КАЛЬЦИТОНИНА:

- А. Синтез паратгормона
- Б. Ингибирование остеокластов
- В. Ингибирование остеобластов
- Г. Ингибирование витамина Д

34. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

- А. Кровоизлияния в паращитовидные железы
- Б. Развития аденомы паращитовидной железы
- В. Развития амилоидоза паращитовидных желез
- Г. Появления метастазов в паращитовидные железы

35. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА: ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Гиперкальциемия
- Б. Гипокальциемия
- В. Снижение уровня фосфора в крови
- Г. Повышение суточной экскреции фосфора с мочой

36. СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- А. Сахарном диабете
- Б. Ожирении
- В. Хронических неспецифических заболеваниях легких
- Г. Хроническом холецистите

37. ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- А. Генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани
- Б. Снижение овариальной функции в течение жизни
- В. Прекращение овариальной функции в менопаузе
- Г. Снижение физической активности в возрасте старше 60 лет

38. ОСТЕОБЛАСТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ:

- А. Остеоцита
- Б. Хондроцита
- В. Остеокласта
- Г. Преостекласта

39. РАНЬШЕ ВСЕГО КОСТНАЯ ТКАНЬ СНИЖАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКАХ СКЕЛЕТА:

- А. Позвоночник
- Б. Голень
- В. Предплечье
- Г. Тазобедренный сустав

40. СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

- А. Аспирина
- Б. Препаратов витамина Д
- В. Диуретиков
- Г. Антибактериальных препаратов

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациентка С., 25 лет, направлена на приём к эндокринологу гастроэнтерологом.

Жалобы: резкая слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, гипертермия, обморочные состояния.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение года.

Постепенно прогрессировала слабость, адинамия, появились обморочные состояния, отмечала постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, нарушение менструального цикла, в дальнейшем развитие вторичной аменореи. Ухудшение состояния связывает с перенесенной стрессовой ситуацией. В сопровождении родственников обратилась на прием к гастроэнтерологу, далее была направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: хронический гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога, в детстве частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 13 лет, роды – 1, вес ребенка при рождении 4,2 кг, лактация отсутствовала, ребенку 3 года. В течение 0,5 года вторичная аменорея. Наследственность: мать в течение 15 лет страдала сахарным диабетом 1 типа с тяжелым течением заболевания.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, адинамична. Телосложение правильное, астеническое. Питание снижено. Сухость и бледность кожи, ломкость волос, тотальное выпадение волос в подмышечных впадинах и на лобке. Молочные железы атрофированы. Ареолы сосков молочных желез бледные. Рост 167 см, вес 49 кг. Витилиго. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 58 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 100/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – запоры. Мочеиспускание не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №2

Пациент А., 35 лет, поступил в эндокринологическое отделение по неотложной помощи.

Жалобы: частые головные боли, утомляемость, приступы повышения артериального давления, сопровождающиеся одышкой, дрожью и выраженной потливостью.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 3-х лет. Регулярно лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. Антигипертензивная терапия неэффективна, в последнее время участились приступы с резким повышением артериального давления до 200/100 мм рт.ст. Отмечает склонность к диарее. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, дрожью, тошнотой, рвотой, болями в животе.

Анамнез жизни: в детстве редкие простудные заболевания, пневмония. В анамнезе гипертоническая болезнь, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Черепно-мозговых травм, операций, переломов не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Наследственность: гипертоническая болезнь, осложненная ишемическим инсультом, и многоузловой зоб у матери.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое. Рост 177 см, вес 67 кг. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Щитовидная железа типично расположена, плотная, неравномерная при пальпации, определяются множественные узлы 1,5-2 см в диаметре. Шейные лимфатические узлы увеличены до 0,5 см в диаметре, уплотнены. Кожные покровы влажные и холодные на ощупь. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 230/120 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №3

Пациентка А., 30 лет, поступила по неотложной помощи в хирургическое отделение.

Жалобы: резкая слабость, повышение температуры, сердцебиение, выраженная потливость, тошнота, рвота, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 13 лет, диабет имеет тяжелое лабильное течение, часто декомпенсирован. Со слов родственников 4 дня назад появились боли в горле, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлена в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот».

Анамнез жизни: со слов родственников у пациентки 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 3,0 кг. Наследственность: у матери и сестры аутоиммунный тиреоидит, витилиго.

Данные осмотра: состояние тяжелое, сознание сохранено, с трудом отвечает на вопросы. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

В легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 85/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно в правой подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. Отеков не отмечается.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №4

Пациент А, 17 лет, студент.

Жалобы: на избыточный вес, частые головные боли.

Анамнез заболевания: избыточный вес наблюдается с 5 лет. В возрасте 11-12 лет был выше сверстников.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания, пневмония. Черепно-мозговых травм, операций, переломов не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Наследственность: гипертоническая болезнь и узловый зоб у матери.

При осмотре: рост 180 см, вес 110 кг. Лицо округлое (лунообразное). Ярко выраженные розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №5

Пациентка Г, 25 лет, экономист.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточную массу тела.

Анамнез заболевания: избыточный вес наблюдается с 5 лет.

Анамнез жизни: в детстве простудные заболевания, пневмония, перенесенная черепно-мозговая травма. Операций, переломов не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Наследственность: ожирение и сахарный диабет 2 типа у матери.

При осмотре: рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ 28 кг/м², ОТ/ОБ 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота и плечевого пояса. Кожные покровы обычной окраски, отмечаются бледно-розовые стрии в области живота и бедер. АД 135/90 мм рт.ст. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутое число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 130/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л, после приема 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови. Малая дексаметазоновая проба: кортизол исходно 591 нмоль/л (норма 120 – 400 нмоль/л) и 202 нмоль/л после проведения пробы. УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №6

Пациентка М, 20 лет, музыкальный работник, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка веса с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 130/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола в моче 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции турецкое седло четко контурировано, не увеличено в размерах. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №7

Пациентка Е, 16 лет, обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 3-х месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 15 до 17 лет на 10 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 145/85 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 13 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 10 дней до 2 месяцев.

При осмотре: рост 169 см, вес 99 кг, ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 13 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 135/80 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слабобезболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №8

Пациентка Н, 43 лет, направлена на консультацию эндокринолога из терапевтического отделения.

Жалобы: слабость, повышенная утомляемость.

Из анамнеза: полгода назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии. В результате обследования, которое подразумевало расширенный

онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Какие-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

При обследовании: рост 160 см, вес 90 кг, щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Кожные покровы обычной окраски, стрий не выявлено. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 130/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

ЗАДАЧА №9

Пациент Г, 37 лет, обратился к кардиологу для уточнения диагноза.

Жалобы: на стойкое повышение артериального давления до 210/100 мм рт. ст. на протяжении последнего года.

Из анамнеза: участковым терапевтом пациенту назначались различные гипотензивные препараты без стойкого эффекта. После приема мочегонных (гипотиазид) у пациента появлялась резкая мышечная слабость, перебои в работе сердца.

При обследовании в клинике кардиологии у пациента была выявлена гипокалиемия — 2,6 ммоль/л, в связи с чем был заподозрен первичный гиперальдостеронизм. При гормональном исследовании уровень альдостерона составил 930 пмоль/л (норма: 111–860 пмоль/л), в связи с чем пациент был направлен к эндокринологу. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 130/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

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

1. ПРИ ПРОБЕ С ИНСУЛИНОМ, ПРОВЕДЕННОЙ В АКТИВНОЙ СТАДИИ АКРОМЕГАЛИИ, ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- А. чрезмерное повышение уровня СТГ
 - Б. умеренное снижение уровня СТГ
 - В. значительное снижение уровня СТГ
 - Г. умеренное повышение уровня СТГ
2. ОПУХОЛЬ, СЕКРЕТИРУЮЩАЯ СТГ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ:
- А. в яичниках
 - Б. в поджелудочной железе
 - В. в гипофизе
 - Г. в средостении
3. ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АКРОМЕГАЛИИ МОГУТ БЫТЬ:
- А. усиление сосудистого рисунка кожи
 - Б. гипергидроз и жирная себорея
 - В. гиперпигментация
 - Г. акне
4. ЯВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А. гиперостоз внутренней пластины лобной кости
 - Б. остеопороз поясничных позвонков
 - В. остеопороз грудных позвонков
 - Г. истончение передних и задних клиновидных отростков
5. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА ПРИ СОМАТОТРОПИНОМЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ:
- А. психологической подготовки
 - Б. улучшения соматического статуса
 - В. уменьшения размеров опухоли
 - Г. нормализации артериального давления
6. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АКРОМЕГАЛИИ МОЖЕТ БЫТЬ:
- А. гиперхолестеринемия первичная патология гипофиза
 - Б. патология костно-мышечной системы
 - В. остеопороз
 - Г. первичная патология гипофиза
7. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. злокачественная опухоль
 - Б. микроаденома
 - В. отсутствие эффекта от лучевой терапии
 - Г. артериальная гипертензия
8. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ:
- А. сахарный диабет
 - Б. ночное апноэ
 - В. гипергликемия
 - Г. гипогликемия
9. СИНДРОМ НЕЛЬСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- А. высоким уровнем кортизола в крови
 - Б. низким уровнем АКТГ в крови
 - В. повышенной влажностью кожных покровов
 - Г. хронической надпочечниковой недостаточностью
10. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО%
- А. анозмия
 - Б. гипергонадотропный гипогонадизм
 - В. аутоиммунный тиреоидит
 - Г. Гипогликемия

11. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. нейроинфекция
- Б. опухоль гипофиза
- В. опухоль надпочечника
- Г. опухоль легкого

12. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. пролактинома
- Б. кортикостерома
- В. базофильная аденома гипофиза
- Г. опухоль яичников

13. ОСОБЕННОСТЬЮ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. инсулинорезистентность
- Б. склонность к кетоацидозу
- В. необходимость инсулинотерапии
- Г. гипогликемические состояния

14. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО:

- А. уменьшение в объеме молочных желез
- Б. избыточное отложение жира в области лица, туловища
- В. повышенная влажность кожных покровов
- Г. артериальная гипотония

15. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОБУСЛОВЛЕНА:

- А. гиперхолестеринемией
- Б. снижением выделения ренина
- В. стенозом почечной артерии
- Г. нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса

16 В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ:

- А. эозинофилия
- Б. тромбоцитопения
- В. полицитемия
- Г. лейкоцитопения

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КОСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. переломы костей
- Б. ускорение дифференцировки и роста скелета
- В. деформация костей
- Г. переломы поясничных позвонков

18. ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОГО АКТГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:

- А. очень высокий уровень АКТГ
- Б. повышение экскреции 17-ОКС
- В. гиперкалиемия
- Г. положительная большая дексаметазоновая проба

19. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. повышенная влажность кожных покровов
- Б. похудание
- В. артериальная гипотония
- Г. стрии

20. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ:

- А. транзиторная артериальная гипертензия
- Б. равномерное распределение подкожного жирового слоя

В. патологические переломы костей

Г. усиление дифференцировки и роста скелета

21. ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ОТМЕЧАЕТСЯ:

А. повышение секреции ТТГ

Б. повышение секреции ФСГ

В. повышение секреции ЛГ

Г. снижение секреции АКТГ

22. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ШИЕНА ВАЖНО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ:

А. гипокортицизм

Б. гипертиреоз

В. гиперкортицизм

Г. гипергликемия

23. ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ПОРАЖЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ОРГАНОВ:

А. слюнных желез

Б. околощитовидных желез

В. молочных желез

Г. щитовидной железы

24. ГИПОФИЗАРНАЯ КОМА ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

А. гипернатриемией и гипергликемией

Б. тиреотоксическим кризом

В. прогрессирующим гипокортицизмом и гипотиреозом

Г. гипертермией и гипервозбудимостью

25. РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

А. атонией кишечника

Б. повышением аппетита

В. усилением моторики желудочно-кишечного тракта

Г. повышением желудочной секреции

26. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. полиурией

Б. гипергликемией

В. гипоосмолярностью плазмы

Г. артериальной гипотонией

27. ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. снижение объема мочи

Б. снижение удельного веса мочи

В. бактериурия

Г. повышение удельного веса мочи

28. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА И ДИАБЕТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

А. исследование функции почек

Б. пробу с сухоедением

В. проведение водной нагрузки

Г. пробное назначение адиуретина

29. СИНДРОМ СИПЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

А. аденомы гипофиза

Б. гипотиреоза

В. медуллярного рака

Г. гастриномы

30. СИНДРОМ ШМИДТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ:

А. аддисоновой болезни и несахарного диабета

- Б. аддисоновой болезни и аутоиммунного тиреоидита
- В. аддисоновой болезни и сахарного диабета
- Г. аддисоновой болезни и снижения зрения

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациентка Н., 30 лет, направлена на приём к эндокринологу гинекологом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 12 кг за данный период. Неоднократно обморочные состояния, резкая слабость.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 2,5 лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы. Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога.

Наследственность: мать в течение 20 лет страдала СД 1 типа с тяжелым течением заболевания.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост 167 см, вес 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 60 ударов в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен. АД 95/60 мм рт. ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к запорам. Мочевыделение учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №2

Пациентка С., 43 года, мед.сестра, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: на общую слабость, прибавку массы тела, головные боли, подъемы АД до 190/100 мм рт.ст, сухость во рту и умеренную жажду, боли в костях и позвоночнике, нарушение менструальной функции.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 2-4 лет. В течение нескольких месяцев прибавка массы тела составила 10-13 кг, появились розовые стрии в области передней брюшной стенки, нарушение менструальной функции, 2-3 месяца - аменорея. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной черепно-мозговой травмой и стрессовой ситуацией.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний - частые вирусные инфекции и бронхиты, гонартроз. Операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 11 лет, роды - 1, вес ребенка при рождении 4,4 кг. Наследственность:

гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа и ранняя менопауза у матери.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 115 кг, с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области передней брюшной стенки, туловища. Объем талии 122 см, объем бедер 110 см. Кожные покровы повышенной жирности, акне в области спины. В области плеч, бедер, передней брюшной стенки отмечаются розовые стрии. Избыточный рост волос над верхней губой, в области подбородка, белой линии живота, внутренней поверхности бедер. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения, не напряжен. АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №3

Пациентка Г, 19 лет, студентка, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

Данные осмотра: рост - 168 см, вес - 80 кг, ИМТ - 28 кг/м², ОТ/ОБ - 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота и плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются бледные стрии на животе. АД 135/90 мм рт. ст.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после приема 75 гр. глюкозы - 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови. Малая дексаметазоновая проба: кортизол 591 нмоль/л (норма 120 – 400 нмоль/л) исходно и 200 нмоль/л (результат после проведения).

УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с мелкими фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с мелкими фолликулами до 4 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №4

Пациентка М, 20 лет, продавец, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 170 см, вес - 100 кг, ИМТ - 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №5

Пациент К, 17 лет, студент медицинского училища, обратился на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный вес, частые головные боли.

Из анамнеза: избыточный вес наблюдается с 5 лет. В возрасте 11-12 лет был выше сверстников.

При осмотре: рост - 180 см, вес - 110 кг. Лицо округлое. Розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слабоболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №6

Пациентка Н, 35 лет, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на снижение массы тела, слабость, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: похудела на 9 кг за 3 месяца, аппетит снижен, нарастает слабость, утомляемость. Отмечает из перенесенных заболеваний нечастые ОРВИ, ангины. Работает медицинской сестрой в терапевтическом отделении. Мать пациентки страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: вялая, адинамичная. Отмечается коричневатая окраска кожи, участки пигментации на слизистой полости рта. Щитовидная железа небольших размеров, плотная с неровной поверхностью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 90/70 мм рт ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений и отеков нет.

Общий анализ крови: Нв - 130 Г/л, лейкоциты - 4,2 Г/л, эозинофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 35%, моноциты - 3%, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: сол./желт., кислая, уд. вес 1015, белка нет, лейкоциты единичные в п/зр. Глюкоза крови натощак - 3,3 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин - 5,6 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, билирубин непрямо - 12 ммоль/л, прямого нет, калий - 5,4 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

ЗАДАЧА №7

Пациент Е, 28 лет, обратился на прием к диетологу.

Жалобы: на избыточный вес, головные боли. За последний год вес увеличился на 10 кг, стало повышаться артериальное давление до 170/100 мм рт.ст.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживается. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 170/100 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года.

При осмотре: рост - 164 см, вес - 98 кг. Лицо лунообразное, кожные покровы на лице с багровым оттенком. Избыточное отложение жира на животе и бедрах. Отмечаются ярко красные полосы растяжения на коже живота и плеч. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. Глюкоза капиллярной крови натощак 6,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

ЗАДАЧА №8

Пациентка К., 40 лет, домохозяйка, обратилась в частную клинику к эндокринологу.

Жалобы: на прогрессирующее ожирение, нарушение менструального цикла, рост волос на лице, жажду, сухость во рту.

Из анамнеза: за 2 года прибыла в весе на 16 кг. В течение этого же времени отмечает повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст. В последнее время часто наблюдаются гнойничковые заболевания кожи.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 102 кг. Отложение жира в области лица (лунообразное лицо), верхней части туловища и живота. Рост волос на подбородке и над верхней губой. На коже живота широкие стрии багрового цвета. АД 170/110 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Пастозность голеней. Глюкоза капиллярной крови натощак - 7,2 ммоль/л. Общий анализ крови: Нb - 150 г/л, лейкоциты - 10,2 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, СОЭ - 15 мм/ч. По УЗИ надпочечников выявлено образование правого надпочечника.

ЗАДАЧА №9

Пациентка Ю., 16 лет, студентка, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. АД 120/110 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков не отмечается. Стул и мочеиспускание не нарушены.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Тестовые задания

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

1. ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА:

- А. в области кистей
- Б. в области коленных суставов
- В. на участках, подвергающихся трению
- Г. не является выраженной

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА:

- А. артериальная гипертония
- Б. гиперпигментация кожных покровов
- В. кардиалгии
- Г. судороги икроножных мышц

3. ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА:

- А. бессимптомным течением
- Б. внезапным молниеносным течением
- В. постепенным нарастанием симптоматики
- Г. наличием латентного периода

4. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- А. содержания адреналина и норадреналина в суточной моче
- Б. содержания альдостерона
- В. содержание дегидроэпиандростерона
- Г. содержание кортизола

5. ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОДУЦИРУЕТ:

- А. кортизол
- Б. эстрон и эстрадиол
- В. адреналин, норадреналин и дофамин
- Г. тестостерон

6. КОРТИКОЭСТРОМА ПРОДУЦИРУЕТ:

- А. адреналин
- Б. альдостерон
- В. эстрогены
- Г. глюкокортикоиды

7. ГЛЮКОСТЕРОМА ПРОДУЦИРУЕТ:

- А. глюкокортикоиды
- Б. эстрогены
- В. адреналин
- Г. андрогены

8. ФЕОХРОМОЦИТОМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- А. в параганглиях по ходу брюшной аорты
- Б. в средостении
- В. в корковом веществе надпочечников
- Г. в мозговом веществе надпочечников

9. РАЗВИТИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ СПОСОБСТВУЕТ:

А. прием ингибиторов АПФ

Б. пальпация опухоли

В. вирусная инфекция

Г. острая пища

10. СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ МЕТАНЕФРИНОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

А. феохромоцитому

Б. болезнь Аддисона

В. гиперальдостеронизм

Г. гиперкортицизм

11. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. феохромофитома

Б. сахарный диабет

В. болезнь Иценко-Кушинга

Г. аутоиммунное поражение надпочечников

12. ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКЕ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

А. пункционная биопсия образования надпочечника

Б. определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина

В. малая дексаметазоновая проба

13. АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

А. отеками, сердечной недостаточностью

Б. гипергликемией

В. резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением функции почек, гипотермией

Г. возбуждением, гипертермией, артериальной гипертензией

14. КРИЗ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А. возбуждением, гипертермией, гиперреактивностью, тремором

Б. гипертермией, эйфорией, гиперемией

В. сопором

Г. возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов

15. ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А. оперативном удалении опухоли

Б. химиотерапии

В. консервативном лечении кризов

Г. наблюдении эндокринолога

16. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ

ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КУПИРУЕТСЯ

А. альфа-адреноблокаторами

Б. нитратами

В. ингибиторами АПФ

Г. блокаторами кальциевых каналов

17. БОЛЬШАЯ ДЕКСОМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

А. болезни и синдрома Кушинга

Б. ожирения и гипоталамического синдрома

В. синдрома Кушинга и ожирения

Г. болезни Кушинга и гипоталамического синдрома

18. ДВУСТОРОННЯЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ: ВЫЗЫВАЕТСЯ

А. пониженной секрецией АКТГ

Б. повышенной секрецией АКТГ

В. повышенной секрецией ФСГ

Г. пониженной секрецией ТТГ

19. ПАЦИЕНТ В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЛ ДЕКСАМЕТАЗОН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОЗЕ 2,5 МГ/СУТКИ. КАКОВА ПРОДУКЦИЯ КОРТИЗОЛА НАДПОЧЕЧНИКАМИ:

А. повышена

Б. снижена

В. не изменена

Г. снижен период полувыведения

20. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, БАГРОВЫЕ СТРИИ НА КОЖЕ ЖИВОТА, УМЕРЕННАЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ У ПАЦИЕНТА С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ АКТГ ПЛАЗМЫ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

А. алиментарного ожирения

Б. синдрома Кона

В. болезни Иценко-Кушинга

Г. болезни Аддисона

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациент М., 50 лет, водитель, поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы: на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы повышения артериального давления до 220/120 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 5 лет, когда впервые появились головные боли, утомляемость, одышка, приступы повышения артериального давления. Лечился у терапевта по поводу гипертонической болезни. Антигипертензивная терапия неэффективна, в последнее время приступы с резким повышением артериального давления участились. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, тахикардией, бледностью кожных покровов, тошнотой, рвотой, болями в животе.

Анамнез жизни: частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственность: гипертоническая болезнь, ишемический инсульт у матери.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое. Пониженного питания, холодные конечности, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. Кожные покровы влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Рост – 178 см, вес – 68 кг. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Мышцы и суставы без особенностей. Щитовидная железа типично расположена, плотная, неравномерная при пальпации, определяются множественные узлы 1,5-2 см в диаметре. Шейные лимфатические узлы увеличены до 0,5-1 см в диаметре, уплотнены. Кожные покровы влажные и холодные на ощупь. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 98 уд./мин., хорошего наполнения, напряжен. АД 230/120 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №2

Пациент Т., 46 лет, слесарь - автомеханик, обратился на приём к терапевту.

Жалобы: на выраженную общую и мышечную слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатию, снижение аппетита, тошноту, рвоту, потерю веса на 10 кг за последний год. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы потливости, дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 1 года, когда впервые появились перечисленные жалобы. Отмечает ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, участились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит. Уровень глюкозы крови не контролировал. Заболевание связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций.

В сопровождении родственников обратился на прием к участковому терапевту и был направлен к эндокринологу.

Анамнез жизни: в анамнезе хронический панкреатит с частыми обострениями, гастрит с секреторной недостаточностью. Наблюдается у гастроэнтеролога. Злоупотребляет алкогольными напитками, курит 1-2 пачки в день.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, адинамичен, с замедленной речью. Кожные покровы сухие со сниженным тургором, подкожная жировая клетчатка слабо выражена, витилиго. В местах трения, на ладонных линиях и в области ареол сосков наблюдается незначительная гиперпигментация.

Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 74 ударов в минуту, сниженного наполнения. АД 100/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №3

Пациентка С., 29 лет, менеджер, направлена на приём к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 12 кг за данный период. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 3-х лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы. Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: частые простудные заболевания. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога. Менархе с 12 лет,

роды – 2, вес детей при рождении 3,0 кг, 3,7 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность: мать в течение 20 лет страдала сахарным диабетом 1 типа с тяжелым течением заболевания.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост - 167 см, вес - 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 ударов в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен. АД 100/60 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №4

Пациентка Р., 38 лет, экономист, обратилась на прием к участковому врачу.

Жалобы: на периодические подъемы артериального давления до 190/90 мм рт.ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой.

Из анамнеза: приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугодия 4 раза. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет не предпринималось никаких оперативных и других вмешательств. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервной обстановкой в семье и на новой работе. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

При осмотре: периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 82 уд./мин., ритмичный. АД 180/75 мм рт.ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

При общем и биохимическом анализе крови, включавшем исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №5

Пациентка И., 40 лет, не работает, поступила в клинику

Жалобы: на выраженную слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту и потерю веса.

Из анамнеза: вышеуказанные симптомы беспокоят примерно год, симптоматика прогрессивно нарастает.

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы гиперпигментированы, преимущественно в области ладонных складок, тыла кистей, лица, отмечается гипотрофия мышц. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 ударов в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен. АД 90/55 мм рт.ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №6

Пациентка Г., 35 лет, медицинская сестра терапевтического отделения.

Жалобы: снижение массы тела на 9 кг за 3 месяца, снижение аппетита, нарастание слабости, утомляемость.

Из анамнеза: ранее ничем не болела, нечастые ОРВИ, ангины. Мать пациентки страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: больная вялая, адинамичная. Отмечается темная пигментация участков кожи, участки пигментации на слизистой полости рта. Щитовидная железа небольших размеров, плотная с неровной поверхностью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 90/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений и отеков нет. Со стороны костно-суставной системы при объективном обследовании патологии не отмечено. Общий анализ крови: Нв 130 Г/л, лейкоциты 4,2 Г/л, эозинофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 58%, лимфоциты 35%, моноциты 3%, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи: сол./желт., кислая, уд. вес 1015, белка нет, лейкоциты единичные в п/зр. Глюкоза крови натошак 3,3 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 5,6 ммоль/л, общий белок 70 г/л, билирубин непрямой 12 ммоль/л, прямого нет, калий 5,4 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №7

Пациентка К., 42 лет, бухгалтер, обратилась в клинику по направлению эндокринолога.

Жалобы: на прогрессирующее ожирение, нарушение менструального цикла, рост волос на лице, жажду, сухость во рту. За 2 года прибывла в весе на 16 кг. В течение этого же времени отмечает повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст. В последнее время часто наблюдаются гнойничковые заболевания кожи.

При осмотре: рост 160 см, вес 102 кг. Отложение жира в области лица (лунообразное лицо), верхней части туловища и живота. Рост волос на подбородке и над верхней губой. На коже живота яркие стрии багрового цвета. АД 170/110 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Пастозность голеней. Глюкоза капиллярной крови натощак - 7,2 ммоль/л. Общий анализ крови: Нб - 150 г/л, лейкоциты - 10, 2 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, СОЭ - 15 мм/ч.

ЗАДАЧА №8

Пациентка П., 56 лет, не работает, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на подъемы АД до 220/110 мм рт.ст., головные боли, слабость. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

Из анамнеза: артериальная гипертензия длительное время, не корректируется тремя антигипертензивными препаратами.

При осмотре: рост - 168 см; вес - 80 кг; ИМТ - 28,0 кг/м², ОТ/ОБ - 0,92. Кожные покровы обычной окраски. Стрий нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд. в мин., АД 190/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после теста с 75 гр. глюкозы 8,2 ммоль/л через 2 часа; по УЗИ надпочечников – образование левого надпочечника.

ЗАДАЧА №9

Пациент Б., 44 лет, механик, поступил в клинику по неотложной помощи в терапевтическое отделение.

Жалобы: на потерю 15 кг веса последние 5 лет, снижение аппетита. Отмечает резкую слабость, полную потерю работоспособности.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 5 лет, с этого же времени стал отмечать очаговое потемнение кожных покровов в местах травматизации. С этого же времени отмечает появление выраженной слабости, снижение аппетита, прогрессирующую потерю веса, появление миалгий и артралгий. Семейный анамнез — без особенностей. Из перенесенных заболеваний — пневмония 10 лет назад.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы и слизистые с очагами гиперпигментации. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тестовые задания

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

1. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C, 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 $\geq 7,0$ 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 $<11,1$ ммол/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

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

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 вялотекущее 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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №7

Пациентка И., 62 лет, пенсионерка, направлена на прием к эндокринологу.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом в течение 14 лет. Диабет был выявлен на фоне избыточной массы тела, компенсировался на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов. Последние 2 года принимает манинил 3,5 мг 3 таблетки в сутки, метформин 1000 мг 2 раза в сутки. Диету соблюдает. В течение 5 лет беспокоят боли в ногах, парестезии, преимущественно в покое, по ночам. За последний год похудела на 6 кг.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пастозность лица. Щитовидная железа и периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧДД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Отеки голени стоп. Глазное дно – препролиферативная диабетическая ретинопатия. Общий анализ мочи – уд.вес 1012, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-6 в п/зр. Глюкоза крови натощак 9,3 ммоль/л, через 2 ч после еды 12,8 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 9,5%.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №8

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №9

Пациентка Е., 22 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сонливость, выраженную слабость, похудание, жажду и увеличение мочеотделения. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 2–3 недель.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы сухие, тургор кожных покровов снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание учащенное (до 20 в минуту), шумное, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту. Запах ацетона изо рта. Больной проведено исследование биохимических и электролитных показателей крови. Выявлена гликемия 11 ммоль/л, повышение уровня молочной кислоты, натрия, гематокрита, снижение калия и $pH < 7,29$.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №10

Пациент К., 25 лет, болеет 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. Неделю 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, pH — 7,23. В анализе мочи — глюкозурия, кетонурия и следы белка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тестовые задания

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

1. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. мерцательная аритмия
- Б. диффузный гипергидроз

В. наджелудочковая тахикардия

Г. потеря веса

2. АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ:

А. антитела к тиреоглобулину

Б. антитела к микросомальной фракции

В. антитела к рецепторам ТТГ

Г. антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)

3. У ПАЦИЕНТКИ 25 ЛЕТ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ:

А. антитела к тиреоглобулину

Б. ТТГ и св Т3

В. ТТГ и антитела к тиреопероксидазе

Г. ТТГ и св Т4

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ:

А. антитела к тиреопероксидазе

Б. антитела к рецепторам ТТГ

В. антитела к тиреоглобулину

Г. антитела к ретробульбарной клетчатке

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА:

А. компьютерная томография

Б. пункционная биопсия под контролем УЗИ

В. радиоизотопная сцинтиграфия

Г. УЗИ щитовидной железы

6. ВВЕДЕНИЕ ТИРЕОЛИБЕРИНА ВЫЗЫВАЕТ УСИЛЕНИЕ СЕКРЕЦИИ:

А. СТГ

Б. АКТГ

В. пролактина

Г. адреналина

7. СИНТЕЗ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА УСИЛИВАЕТСЯ:

А. избытком тироксина

Б. тиреолиберином

В. избытком трийодтиронина

Г. монойодтиронином

8. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ:

А. УЗИ щитовидной железы

Б. ангиография сосудов щитовидной железы

В. компьютерная томография

Г. радиоизотопная сцинтиграфия

9. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ АНТИТЕЛ К МИКРОСОМАЛЬНОМУ АНТИГЕНУ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

А. тиреотоксической аденоме

Б. подостром тиреоидите

В. аутоиммунном тиреоидите

Г. раке щитовидной железы

10. ПРОБУ С ТИРЕОЛИБЕРИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

А. гипотиреоза

Б. токсической аденомы

В. диффузного токсического зоба

Г. соматотропиномы

11. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

А. папиллярного рака

- Б. токсической аденомы
- В. медуллярного рака
- Г. фолликулярного рака

12. У БЕРЕМЕННОЙ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО Т4 И ОБЩЕГО Т3 ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

- А. определение ТТГ
- Б. определение свободных Т3 и Т4
- В. определение антител к рецепторам ТТГ
- Г. определение антител к тиреопероксидазе

13. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕМИССИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА:

- А. нормальный уровень антител к рецептору ТТГ
- Б. нормальный уровень ТТГ
- В. нормальный уровень свободных Т3 и Т4
- Г. нормальный уровень антител к тиреопероксидазе

14. ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. секреция тироксина и трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
- Б. секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
- В. секреция тироксина зависит от секреции ТТГ
- Г. секреция тироксина автономна

15. ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИМЕЕТ МЕСТО:

- А. уменьшение секреции ТТГ
- Б. увеличение секреции ТТГ
- В. увеличение секреции тиреолиберина
- Г. снижение секреции тиреоглобулина

16. ПРИ ТРЕТИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ:

- А. увеличение уровня ТТГ
- Б. повышение уровня тиреолиберина
- В. снижение базального уровня тиреолиберина
- Г. увеличение уровня пролактина

17. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. осмотр
- Б. УЗИ щитовидной железы с пункционной биопсией
- В. пальпация
- Г. аускультация щитовидной железы

18. ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ, КАК ПРАВИЛО:

- А. не нарушена
- Б. понижена
- В. повышена
- Г. меняется в соответствии с фазой заболевания

19. ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АНТИТЕЛА К:

- А. островковым клеткам поджелудочной железы
- Б. тиреоглобулину
- В. рецепторам ТТГ
- Г. тиреопероксидазе

20. ПРИ СЦИНТИГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО:

- А. «горячий» узел
- Б. «холодный» узел

В. неравномерное поглощение радиофармпрепарата

Г. отсутствие поглощения радиофармпрепарата

21. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО:

А. неравномерная плотность

Б. гладкая эластическая консистенция

В. каменная плотность

Г. болезненность

22. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ЗОБ РИДЕЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. гигантоклеточными гранулемами

Б. фиброзом и прорастанием капсулы щитовидной железы сосудами и нервами

В. инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами

Г. инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками Гюртле

23. ПРИ ФИБРОЗНОМ ТИРЕОИДИТЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ:

А. плотная и безболезненная

Б. плотная и болезненная

В. горячая при пальпации

Г. флюктуирует

24. НА МЕТАСТАЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ УКАЗЫВАЕТ:

А. увеличение уровня антител к тиреопероксидазе

Б. субфебрильная температура

В. увеличение уровня тиреоглобулина

Г. увеличение уровня ТТГ

25. СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

А. кисте щитовидной железы больших размеров

Б. аутоиммунном тиреоидите

В. многоузловом зобе

Г. диффузном зобе

26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. тиреокомб

Б. тиреотом

В. тиреоидин

Г. тироксин

27. 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

28. ЛЕВОТИРОКСИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ:

А. лечения гипотиреоза

Б. профилактики гипотиреоза

В. профилактики узлообразования в щитовидной железе

Г. иммунокоррекции

29. МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА:

А. антибиотикотерапия

Б. хирургическое лечение

В. лечение глюкокортикоидами

Г. лечение пропилтиоурацилом

30. ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА НАЗНАЧАЮТ:

А. глюкокортикоиды и мерказолил

Б. аспирин и мерказолил

В. антибиотики и аспирин
Г. бета-блокаторы и глюкокортикоиды

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациентка П., 68 лет, в тяжелом состоянии доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния, больная дезориентирована. Со слов родственников выяснено, что в последние 2-3 недели после перенесенной острой вирусной инфекции стала отмечать ухудшение самочувствия, нарастала общая слабость, усилились боли в спине и суставах, отеки лица и нижних конечностей. Состояние прогрессивно ухудшалось.

Анамнез заболевания: в течение 5 лет отмечает перечисленные жалобы. Постепенно нарастали общая слабость, отеки, отмечались подъемы артериального давления до 180/100 мм рт.ст. По поводу гипертонической болезни длительно получала антигипертензивную терапию диуретиками и бета-блокаторами.

Анамнез жизни: частые вирусные инфекции, бронхиты, пневмонии с затяжным течением. Наблюдается участковым терапевтом по поводу хронического гломерулонефрита и анемии в течение многих лет, эффективность терапии является недостаточной. К эндокринологу не обращалась.

Данные осмотра: кожные покровы выраженной бледности, с желтушным оттенком, сухие, с шелушением, холодные на ощупь. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Определяются отеки лица, стоп, голеней и туловища. Рост - 170 см, вес - 90 кг. Температура тела 35,8°C. Больная безразличная, отвечает на вопросы с трудом. Щитовидная железа мягкая при пальпации, не увеличена, шейные лимфатические узлы не пальпируются, глазные симптомы отрицательные. Дыхание поверхностное, ЧД 16 в мин., ослабленное, без хрипов. Пульс 48 уд./мин., ритмичный, сниженного наполнения, ненапряжен. АД 140/90 мм рт.ст. на обеих руках. Границы относительной сердечной тупости расширены и смещены влево от срединно-ключичной линии на 2,5 см. Тоны сердца резко ослаблены, глухие, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация органов брюшной полости затруднена. Сухожильные рефлексы резко снижены. Олигурия. Симптом Пастернацкого отрицательный с 2-х сторон. Отеки нижних конечностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №2

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 предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №3

Пациентка К., 65 лет, инвалид 2 группы, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная слабость, головокружение, значительная прибавка массы тела, подъемы артериального давления, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 5 лет. Постепенное ухудшение самочувствия в течение года, одышка при ходьбе, прибавка массы тела 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 190/90 мм рт.ст, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний: хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь в течение 10 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Менархе с 14 лет, роды – 3, вес детей при рождении 3,0 кг, 3,4 кг, 4,0 кг. Менопауза с 55 лет.

Наследственность: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери.

Данные осмотра: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком, пастозность лица, заторможенность, замедленная речь. Витилиго. Рост - 162 см, вес - 90 кг. Подкожно-жировая клетчатка равномерно распределена. Объем талии - 108 см, объем бедер - 101 см. Тургор кожи снижен. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа мягкая при пальпации, не увеличена, узлов при пальпации не определяется. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 ударов в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен, АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево на 1 см от средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации плотный, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №4

Пациентка С., 60 лет, инвалид 3 группы, обратилась на приём к эндокринологу.

Жалобы: на прибавку массы тела на 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 180/90 мм рт.ст., отеки лица и нижних конечностей, одышку при ходьбе, выраженную слабость, сонливость и апатию в течение года.

Из анамнеза: гипертоническая болезнь в течение 8 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Ухудшение самочувствия в течение года. Гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери, сахарный диабет 2 типа у матери.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком, стрий на кожных покровах не выявлено. Отмечается пастозность лица, заторможенность, замедленная речь.

Избыточная масса тела с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки, вес – 100 кг. Рост – 164 см, ИТМ – 39,1 кг/м². Дыхание везикулярное. Пульс 62 ударов в минуту, умеренного наполнения. АД 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №5

Пациентка С., 29 лет, направлена на приём к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 10 кг за данный период. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 3-х лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы.

Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее была направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога.

Менархе с 12 лет, роды – 2, вес детей при рождении: 3,0 кг; 3,7 кг, менструальный цикл не нарушен.

Наследственность: мать в течение 20 лет страдала сахарным диабетом I типа с тяжелым течением заболевания.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост – 167 см, вес – 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы и суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 ударов в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен. АД 100/60 мм рт.ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия.

Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает

из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №6

Женщина 64 лет, пенсионерка, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на слабость, сонливость, отечность лица, парестезии в пальцах рук.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью более 20 лет. По поводу артериальной гипертонии регулярно принимает эналаприл 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии и ИБС.

При осмотре: лицо бледное, одутловатое. Кожные покровы сухие. Щитовидная железа диффузно увеличена 1 степени, плотная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Рост - 164 см, вес - 90 кг, ИМТ - 33,6 кг/м². Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 170/110 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево на 2 см. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

Анализ крови общий: Нв - 110 г/л, лейкоциты - 4,2 Г/л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 26%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/ч. Анализ мочи общий: сол./желт., кислая, уд. вес 1014, белок 0,033 г/л, лейкоциты 1-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: холестерин - 6,8 ммоль/л, общий белок - 68 г/л, креатинин - 96 мкмоль/л. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 60 в минуту; признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №7

Пациентка Е., 38 лет, продавец, обратилась к участковому терапевту.

Жалобы: на слабость, повышенную утомляемость в течение полугода, одышку при физической нагрузке, появившуюся в последние 2 месяца. 2 года назад оперирована по поводу узлового зоботиреоидного зоба. После операции лечение медикаментозного лечения не проводилось, уровень тиреоидных гормонов не контролировался.

При осмотре: бледность кожных покровов, на ладонях - с желтоватым оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпаторно увеличения щитовидной железы не отмечается. Рост 170 см, вес 80 кг, ИМТ 27,7 кг/м². Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 120/90 мм рт.ст. Границы сердца перкуторно – в пределах нормы. На верхушке сердца выслушивается короткий систолический шум. ЧД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови – гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - 2,9 Т/л, ц.п. - 0,9, лейкоциты - 5,2 Г/л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 28%, моноциты - 3%, СОЭ - 25

мм/ч. При биохимическом исследовании крови - билирубин не прямой 12,5 мкмоль/л, прямого нет, общий белок - 70 г/л, креатинин - 89 мкмоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, сывороточное железо - 15 мкмоль/л. При ФЭГДС, рентгенографии грудной клетки, УЗИ печени, поджелудочной железы, почек, ректороманоскопии, ЭхоКГ, консультации гинеколога патологии не выявлено. Менструации регулярные по 3-4 дня, необильные, менструальный цикл 28 дней. Проводилось лечение препаратами железа в течение месяца без эффекта.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №8

Пациентка В., 28 лет, швея, впервые обратилась в женскую консультацию, диагностирована беременность 8 недель.

Жалобы: периодически чувство давления в области шеи.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Щитовидная железа диффузно увеличена до 2 степени, плотная, безболезненная, смещаемая при пальпации. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии. При УЗИ эхогенность ткани щитовидной железы снижена, объем железы 22 мл. При исследовании гормонов крови – ТТГ 10,0 мМЕ/л, свободный Т4 14,0 нмоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №9

Женщина 58 лет доставлена бригадой скорой помощи в стационар в состоянии сопора.

Жалобы: ввиду тяжести состояния сбор жалоб затруднен.

При осмотре: кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные, сухие. Лицо одутловатое. На передней поверхности шеи поперечный послеоперационный рубец. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 48 в минуту, ритмичный. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. ЧД 15 в минуту. Дыхание в верхних отделах жесткое, в нижних отделах – ослаблено. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, край закруглен. Сухожильные рефлексы снижены, симметричны. Менингеальных симптомов нет. Известно, что пациентка 3 года назад оперирована по поводу рака щитовидной железы. Последние месяцы жила одна, злоупотребляла алкоголем. Бригаду СМП вызвали соседи, заставшие больную в бессознательном состоянии.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).

4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Тестовые задания

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

1. ДЕФИЦИТ ПАРАТГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ:
 - А. жажды
 - Б. повышенной температуры
 - В. тонических судорог
 - Г. повышенной судорожной активности головного мозга
2. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К:
 - А. снижению секреции паратгормона
 - Б. повышению ТТГ
 - В. снижению АКТГ
 - Г. повышению АКТГ
3. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО:
 - А. снижение кальция в сыворотке крови
 - Б. повышение кальция в сыворотке крови
 - В. повышение фосфора в сыворотке крови
 - Г. повышение кальция в сыворотке крови снижение активности щелочной фосфатазы
4. ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
 - А. нормальным уровнем паратгормона
 - Б. повышенным уровнем паратгормона
 - В. сниженным уровнем паратгормона
 - Г. повышенным уровнем кальция в крови
5. ПАРАТГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ:
 - А. синтез ТТГ
 - Б. синтез инсулина
 - В. выход кальция и фосфора из кости
 - Г. синтез витамина Д
6. СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:
 - А. сахарном диабете
 - Б. ожирении
 - В. хронических неспецифических заболеваниях легких
 - Г. хроническом холецистите
7. ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:
 - А. генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани
 - Б. снижение овариальной функции в течение жизни
 - В. прекращение овариальной функции в менопаузе
 - Г. снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
8. ОСТЕОБЛАСТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ:
 - А. остеоцита
 - Б. хондроцита
 - В. остеокласта
 - Г. преостекласта

9. РАНЬШЕ ВСЕГО КОСТНАЯ ТКАНЬ СНИЖАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКАХ СКЕЛЕТА:
- А. позвоночник
 - Б. голень
 - В. предплечье
 - Г. тазобедренный сустав
10. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. гипотиреоз
 - Б. длительный прием антибиотиков
 - В. менопауза
 - Г. артериальная гипертензия
11. В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВОЛЮЦИОННОГО ОСТЕОПОРОЗА НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. назначение эстрогенсодержащих препаратов
 - Б. прием витамина Д
 - В. увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция
 - Г. прием препаратов кальция с момента установления менопаузы
12. СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:
- А. аспирина
 - Б. препаратов витамина Д
 - В. диуретиков
 - Г. антибактериальных препаратов
13. ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А. остеокласты
 - Б. остеобласты
 - В. остециты
 - Г. костная матрица
14. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТЕЛЬНО СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ ДЛЯ ДАННОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДЕНСИТОМЕТРИИ ЭТО:
- А. Т- критерий
 - Б. Z –критерий
 - В. Y- критерий
 - Г. X-критерий
15. СОКРАЩЕНИЕ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ ПОСТУКИВАНИИ В МЕСТЕ ВЫХОДА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЭТО СИМПТОМ:
- А. Хвостека
 - Б. Труссо
 - В. Вейса
 - Г. Шмидта
16. СОКРАЩЕНИЕ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ У НАРУЖНОГО КРАЯ ГЛАЗНИЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИМПТОМЕ :
- А. Хвостека
 - Б. Труссо
 - В. Вейса
 - Г. Шмидта
17. СИМПТОМ «РУКА АКУШЕРА» ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:
- А. гипотиреозе
 - Б. гиперпаратиреозе
 - В. гипопаратиреозе
 - Г. тиреотоксикозе

ЗАДАЧА №1

Пациентка И., 38 лет, доставлена в приемное отделение больницы с выраженным судорожным синдромом.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания: со слов родственников выяснено, что в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья

Анамнез жизни: частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. Отмечала подъемы АД, антигипертензивную терапию не проводила. Уровень АД не контролировала. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. Эндокринологом не осмотрена.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 164 см, вес 70 кг, ИМТ 26,1 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №2

Пациентка А., 58 лет, медсестра, обратилась на прием к невропатологу.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не

осмотрена. Менархе с 11 лет, роды – 2, вес ребенка при рождении 3,0 кг и 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность неотягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №3

Пациент Е., 35 лет, водитель, жалуется на периодически возникающие приступы судорог мышц конечностей и лица, которые возникают по несколько раз в день от самых разнообразных внешних раздражителей, онемение пальцев рук и ног, боли за грудиной и в подложечковой области, затруднение дыхания, запоры.

Из анамнеза: заболевание развилось после оперативного удаления правой доли щитовидной железы по поводу смешанного зоба.

При осмотре: волосы редкие, седые, ломкие ногти. При неврологическом обследовании резкое повышение возбудимости нервной и мышечной систем. Значительное повышение электровозбудимости двигательных нервов. Содержание кальция в крови значительно снижено. Содержание фосфора повышено. Щелочной резерв крови увеличен.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №4

Пациентка К., 38 лет, швея, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились

перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрена. Менархе с 10 лет, роды – 3, вес ребенка при рождении 3,0 кг, 3,5 кг и 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 161 см, вес 71 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 96 уд./мин., АД 155/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №5

Пациент Е., 30 лет, водитель, обратился на прием к невропатологу.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечал головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной ОРВИ усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдался у невролога территориальной поликлиники. Отмечал подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводил. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирован по поводу диффузного токсического зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, в сознании, несколько заторможен. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемизированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

МОДУЛЬ: ОЖИРЕНИЕ

Тестовые задания

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

1. ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- А. снижение уровня постпрандиальных триглицеридов
- Б. повышение ЛПВП
- В. снижение ЛПНП
- Г. повышение уровня холестерина и триглицеридов

2. ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ИМТ, РАВНЫМ И БОЛЕЕ:

- А. 14,9 кг/м²
- Б. 18,1 кг/м²
- В. 25,9 кг/м²
- Г. 30,1 кг/м²

3. ТИП ОЖИРЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ:

- А. андроидное
- Б. гиноидное
- В. смешанное
- Г. гипоталамическое

4. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, КРОМЕ:

- А. метформин
- Б. сибутрамин
- В. орлистат
- Г. диуретик

5. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ:

- А. 94 см
- Б. 90 см
- В. 80 см
- Г. 88 см

6. ОЖИРЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ВЫРАЖЕННОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ:

А. андройдное

Б. гиноидное

В. смешанное

Г. эндокринное

7. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ:

А. орлистат

Б. редуksин

В. метформин

Г. метформин лонг

8. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ:

А. 90 см

Б. 94 см

В. 100 см

Г. 104 см

9. НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

А. атеросклероз

Б. сахарный диабет 2 типа

В. ожирение

Г. язвенная болезнь 12 п.к-ки

10. ОЖИРЕНИЕ – ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ:

А. сахарный диабет 2 типа

Б. гипертоническая болезнь

В. дислипидемия

Г. хронический гастрит

11. ПРЕПЯТСТВУЕТ ВСАСЫВАНИЮ ЖИРА:

А. орлистат

Б. сибутрамин

В. метформин

Г. статины

12. БЛОКИРУЕТ ОБРАТНЫЙ ЗАХВАТ СЕРОТОНИНА:

А. метформин

Б. сибутрамин

В. диуретик

Г. орлистат

13. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

А. абдоминальное ожирение

Б. артериальная гипертония

В. дислипидемия

Г. сахарный диабет 2 типа

14. ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ЗА 1-6 МЕСЯЦЕВ НА:

А. 5-10%

Б. 25%

В. 50%

Г. 30%

15. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ИМТ:

А. более 40 кг/м²

Б. более 30 кг/м²

В. более 45 кг/м²

Г. более 35 кг/м²

16. ЭФФЕКТЫ МЕТФОРМИНА, КРОМЕ:

- А. снижает инсулинорезистентность
- Б. снижает печеночный глюконеогенез
- В. снижает всасывание глюкозы в кишечнике
- Г. повышает аппетит

17 СИНДРОМ ПИКВИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. ожирением 1 степени
- Б. морбидным ожирением
- В. анемией
- Г. гипокапнией

18. ОЖИРЕНИЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- А. болезни Иценко-Кушинга
- Б. гипогонадизме
- В. гипотиреозе
- Г. гипокортицизме

19. КОЭФФИЦИЕНТ 1,5, ОТРАЖАЮЩИЙ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПРИ РАССЧЕТЕ СУММАРНОГО РАСХОДА ЭНЕРГИИ СООТВЕТСТВУЕТ:

- А. крайне низкой активности
- Б. низкой активности
- В. умеренной активности
- Г. высокой активности

20. ИМТ 36,8 кг/м² СООТВЕТСТВУЕТ:

- А. избыточной массе тела
- Б. ожирению 1 степени
- В. ожирению 2 степени
- Г. ожирению 3 степени

Ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка А., 54 лет, домохозяйка, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на одышку при ходьбе, избыточную массу тела, повышенную утомляемость, сонливость в дневное время, головные боли по утрам.

Из анамнеза: страдает ожирением с 28 лет, употребляла большое количество кондитерских изделий, жирной пищи. В последние 5 лет вес стабильный. Около 10 лет страдает артериальной гипертонией, принимает лизиноприл 10 мг в сутки. При домашнем измерении АД в вечерние часы 140-150/90-100 мм рт.ст., по утрам 160-170/100-110 мм рт.ст. За последние 3 года стала беспокоить сонливость, снизилась работоспособность.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес - 104 кг, рост - 164 см, окружность талии - 105 см, ИМТ - 38,8 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Стриий не отмечается. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Правая граница относительной тупости сердца – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – по средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. При общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. Тест толерантности к глюкозе: гликемия натощак - 5,4 ммоль/л, через 2 ч после нагрузки глюкозой - 9,0 ммоль/л. Биохимическое исследование крови: холестерин - 6,2 ммоль/л, триглицериды - 2,1 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, АСТ - 32,5 Е/л, АЛТ - 39,6 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 66 в минуту, ЭОС расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №2

Пациентка И., 45 лет, учитель, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на периодически возникающие головные боли в затылочной области.

Из анамнеза: больна артериальной гипертензией в течение двух лет, систематически не лечилась. Ухудшение в течение 3-х недель после эмоционального стресса. Появились головные боли, лечилась анальгетиками, принимала эналаприл 10 мг/день. За 3 дня до обращения к терапевту отметила подъем АД до 210/110 мм рт.ст., появились распирающие боли и жжение в области сердца. Врачом скорой помощи снята ЭКГ, патологии не выявлено; после введения гипотензивных препаратов АД снизилось, боли прекратились. На следующий день на приеме у терапевта АД 190/110 мм рт.ст. Назначен лозартан 50 мг в день, гипотиазид 12,5 мг в день, бисопролол 5 мг в день. При домашнем измерении АД 160/85 мм рт.ст., пульс 64 в 1 минуту. Избыточный вес с 30 лет, масса тела нарастала постепенно, последние два года вес стабильный. У матери сахарный диабет 2 типа, АГ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес - 125 кг, рост - 165 см, ИМТ - 45 кг/м², ОТ/ОБ - 1,0. Окружность талии - 120 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД 170/110 мм рт.ст. на обеих руках. Граница относительной тупости сердца смещена влево до средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №3

Пациентка М., 20 лет, студентка, обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы: на прибавку массы тела, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, нерегулярные до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 170 см, вес - 100 кг, ИМТ - 34,5 кг/м², ОТ/ОБ - 0,9, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии розового цвета на животе и внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 140/100 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции турецкое седло четко контурировано и не увеличено.

При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №4

Пациентка Г., 42 года, бухгалтер, обратилась на приём к эндокринологу.

Жалобы: на выраженную общую слабость, прибавку массы тела, головные боли, подъемы АД до 190/100 мм рт.ст, сухость во рту и умеренную жажду, боли в костях и позвоночнике, вторичную аменорею.

Анамнез: в течение нескольких месяцев отмечает ухудшение самочувствия, подъемы АД и выраженные головные боли, прибавку массы тела, нарушение менструальной функции и появление розовых стрий в области передней брюшной стенки. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ранняя менопауза у матери. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной черепно-мозговой травмой и стрессовой ситуацией в семье.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 164 см, вес - 105 кг, ИМТ- 39,1кг/м², ожирение с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области шеи, передней брюшной стенки, туловища. В области плеч, бедер, передней брюшной стенки отмечаются багрово-розовые стрии. Избыточный рост волос над верхней губой, в области подбородка, белой линии живота, внутренней поверхности бедер. Дыхание везикулярное. Пульс 76 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №5

Больная С., 60 лет, инвалид 3 группы, обратилась на приём к эндокринологу

Жалобы: на прибавку массы тела на 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 180/90 мм рт.ст., отеки лица и нижних конечностей, одышку при ходьбе, выраженную слабость, сонливость и апатию в течение года.

Из анамнеза: гипертоническая болезнь в течение 8 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Ухудшение самочувствия в течение года. Гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери, сахарный диабет 2 типа у матери.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным

оттенком, стрий на кожных покровах не выявлено. Отмечается пастозность лица, заторможенность, замедленная речь.

Избыточная масса тела с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки, вес – 100 кг. Рост – 164 см, ИТМ – 39,1 кг/м². Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №6

Пациентка И., 18 лет, швея, обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела.

Из анамнеза: перенесенная черепно-мозговая травма, наблюдается у невролога.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 80 кг, ИМТ - 28,6 кг/м²; ОТ/ОБ - 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутое число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после теста с 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в капиллярной крови; малая дексаметазоновая проба: кортизол 591 нмоль/л (норма 120–400 нмоль/л) исходно и 202 нмоль/л после пробы. При проведении УЗИ органов малого таза (22 день менструального цикла): тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник — 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №7

Пациентка С., 43 года, мед.сестра, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: на общую слабость, прибавку массы тела, головные боли, подъемы АД до 190/100 мм рт.ст, сухость во рту и умеренную жажду, боли в костях и позвоночнике, нарушение менструальной функции.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 2-4 лет. В течение нескольких месяцев прибавка массы тела составила 10-13 кг, появились розовые стрии в области передней брюшной стенки, нарушение менструальной функции, 2-3 месяца - аменорея. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной черепно-мозговой травмой и стрессовой ситуацией.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний - частые вирусные инфекции и бронхиты, гонартроз. Операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 11 лет, роды - 1, вес ребенка при рождении 4,4 кг. Наследственность: гипертоническая болезнь, СД 2 типа и ранняя менопауза у матери.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Рост - 164 см, вес - 115 кг, ИМТ - 42,9 кг/м², ожирение с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области передней брюшной стенки, туловища. Объем талии 122 см, объем бедер 110 см. Кожные покровы повышенной жирности, акне в области спины. В области плеч, бедер, передней брюшной стенки отмечаются розовые стрии. Избыточный рост волос над верхней губой, в области подбородка, белой линии живота, внутренней поверхности бедер. Пульс 76 уд. в мин., хорошего наполнения, не напряжен. АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №8

Пациентка Г., 18 лет, студентка, обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1-3 месяцев), прибавку массы тела на 5-7 кг за последний год. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма, частые ОРВИ, хронический гастрит.

Данные осмотра: рост - 168 см, вес - 80 кг, ИМТ - 28,4 кг/м², ОТ/ОБ - 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота и плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются ярко розовые стрии на животе. Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 135/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул - склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после приема 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови. Малая дексаметазоновая проба: 591 нмоль/л (норма 120 - 400 нмоль/л) исходно и 202 нмоль/л (результат после проведения).

УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4-5 мм в диаметре, количеством 5-7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).

4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

ЗАДАЧА №9

Пациентка М., 20 лет, бухгалтер, обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 170 см, вес - 100 кг, - ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутое число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,0 ммоль/л; тестостерон 2,0 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

МОДУЛЬ: ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Тестовые задания

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

1. МЕНОРРАГИИ – ЭТО:

- А. увеличение продолжительности менструации
- Б. урежение менструаций
- В. болезненные и обильные менструации
- Г. ациклические маточные кровотечения

2. ОСНОВНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. утолщение и склероз белочной оболочки яичников
- Б. гиперплазия стромы яичников
- В. гипоплазия эндометрия
- Г. гипоплазия тека-клеток

3. СОДЕРЖАНИЕ АНДРОГЕНОВ В КРОВИ ОТРАЖАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ:

- А. свободного тестостерона
- Б. андростендиона
- В. общего тестостерона
- Г. прогестерона

4. ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРНО:

- А. женский генотип
- Б. нормальный менструальный цикл
- В. мужской фенотип
- Г. мужской генотип

5. В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНО ПОВЫШЕН:

- А. прогестерон
- Б. эстрадиол
- В. тестостерон
- Г. пролактин

6. ЛЮТЕИНОВАЯ ФАЗА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. ростом и развитием фолликулов
- Б. секрецией прогестерона
- В. низкой базальной температурой
- Г. секрецией эстрогенов

7. ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- А. снижение уровня пролактина
- Б. повышение концентрации ФСГ
- В. снижение уровня тестостерона
- Г. повышение концентрации ЛГ

8. УКАЖИТЕ ГОРМОН, СЕКРЕЦИЯ КОТОРОГО ИНГИБИРУЕТСЯ ПРИ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ ЭСТРОГЕНОВ:

- А. прогестерон
- Б. АКТГ
- В. ФСГ
- Г. ЛГ

9. ГИНЕКОМАСТИЯ – ЭТО:

- А. увеличение ткани молочной железы у женщин
- Б. наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
- В. замещение ткани грудной железы у мужчин на жировую ткань
- Г. деформация молочных желез у женщин

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

- А. 21-35 дней
- Б. 28-40 дней
- В. 28-29 дней
- Г. 14-28 дней

11. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- А. стрессовой ситуации
- Б. нарушенном менструальном цикле
- В. ожирении
- Г. менопаузе

12. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИПОГОНАДИЗМА РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД:

- А. внутриутробный
- Б. пубертата
- В. препубертата
- Г. постпубертата

13. У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА СПЕРМОГРАММА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. олигозооспермией
- Б. некроспермией
- В. нормальной спермограммой
- Г. азооспермией

14. ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. большие дозы андрогенов
- Б. сочетанное назначение эстрогенов и андрогенов
- В. заместительная гормональная терапия прогестерон или его синтетический аналог
- Г. заместительная гормональная терапия

15. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:

- А. эстрогены
- Б. аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона
- В. андрогены
- Г. бромкриптин

16. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ АНДРОГАНИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:

- А. эстрогены
- Б. даназол
- В. глюкокортикоиды
- Г. комбинированные эстроген-гестагеновые препараты

17. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. операция на яичниках
- Б. эстроген-гестагенные препараты
- В. комбинированное лечение (оперативное, консервативное)
- Г. диетотерапия

18. ОТСУТСТВИЕ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЭЯКУЛЯТЕ НАЗЫВАЕТСЯ:

- А. азооспермия
- Б. олигозооспермия
- В. тератозооспермия
- Г. олигоспермия

19. СИНДРОМ КАЛМАНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ:

- А. первичного гипогонадизма у женщин
- Б. вторичного гипогонадизма у женщин
- В. вторичного гипогонадизма у мужчин
- Г. первичного гипогонадизма у мужчин

20. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. синдром Тернера
- Б. синдром Калманна
- В. дисгенезия гонад
- Г. синдром поликистозных яичников

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациентка Г., 18 лет, студентка, обратилась на прием к эндокринологу по рекомендации гинеколога.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточную массу тела.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 80 кг, ИМТ - 28 кг/м², ОТ/ОБ - 0,92. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии розового цвета на животе и внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 75 в минуту, ритмичный, АД 135/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после приема 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л. Малая дексаметазоновая проба: кортизол исходно 591 нмоль/л (норма 120 – 400 нмоль/л) и 202 нмоль/л после проведения пробы. УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №2

Пациентка М., 20 лет, медсестра, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживается. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 170 см, вес - 100 кг, ИМТ - 34,5 кг/м², ОТ/ОБ 0,95, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии розового цвета на животе и внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 78 в минуту, ритмичный. АД 140/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

При дополнительном обследовании: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола в моче 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №3

Пациентка М., 20 лет, лаборант, направлена терапевтом к эндокринологу.

Жалобы: на прибавку массы тела, головные боли, подъемы артериального давления, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, грубо нарушает диету. Резкая прибавка в весе за последний год на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, нерегулярные до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 99 кг, ИМТ - 34,1 кг/м², ОТ/ОБ - 0,95, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии ярко-розового цвета на животе и внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,0 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола в моче 370 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л). На рентгенограмме черепа в боковой проекции турецкое седло четко контурировано и не увеличено. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №4

Пациентка И., 19 лет, воспитатель, обратилась на прием к эндокринологу.

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела.

Из анамнеза: перенесенная черепно-мозговая травма, наблюдается у невролога.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 79 кг, ИМТ - 28,6 кг/м², ОТ/ОБ - 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после теста с 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в капиллярной крови; малая дексаметазоновая проба: кортизол 591 нмоль/л (норма 120–400 нмоль/л) исходно и 202 нмоль/л после пробы. При проведении УЗИ органов малого таза (22 день менструального цикла): тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник — 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №5

Пациентка Г., 18 лет, повар, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на прибавку массы тела на 5-7 кг за последний год, избыточный рост волос на лице, нарушение менструального цикла (задержки до 1–3 месяцев). В анамнезе черепно-мозговая травма, частые ОРВИ, хронический гастрит.

Данные осмотра: рост - 168 см, вес - 80 кг, ИМТ - 28,6 кг/м², ОТ/ОБ - 0,93. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются ярко розовые стрии на животе. Дыхание везикулярное. Пульс 72 ударов в минуту, АД 135/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

УЗИ органов малого таза, надпочечников без патологии.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №6

Пациентка М., 30 лет, бухгалтер, направлена диетологом к эндокринологу для уточнения диагноза.

Жалобы: на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес после родов, диеты не придерживается. Резкая прибавка в весе в течение года после родов на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост - 169 см, вес - 100 кг, ИМТ - 34,4 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер, плеч. Дыхание везикулярное. Пульс 62 ударов в минуту, умеренного наполнения. АД 135/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

ЗАДАЧА №7

Пациентка С., 29 лет, медсестра, обратилась на прием к эндокринологу по рекомендации терапевта.

Жалобы: на одышку при ходьбе, повышенный вес, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–4 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с в течение 1-2 лет на 10 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 150/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, задержки от 15 дней до 2-4 месяцев.

При осмотре: рост - 170 см, вес – 100,5 кг, ИМТ - 34,5 кг/м², ОТ/ОБ - 0,96, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 140/80 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).

**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: 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника: врач – эндокринолог

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,	Знает Основные понятия, термины,	Комплект тестовых	Компьютерное и бланковое

ПК-7	<p>определения: чрезвычайная 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>	заданий, защита рефератов	<p>тестирование по 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</p>	Отработка навыков на тренажерах в классе практической подго-	Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

	<p>медицинской носилочной и ляжки специальной Ш-4</p> <p>Навыками переноски пострадавших с использованием носилок медицинских, подручных средств, ляжки медицинской носилочной и ляжки 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>товки</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>
<p>3</p>	<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</p>	<p>Комплект тестовых заданий, защита рефератов</p>	<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</p>

	<p>вооруженных конфликтах: условия 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>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.</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) д) Выявить источники опасности 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 АОХВ 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: **31.08.53 Эндокринология**

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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%

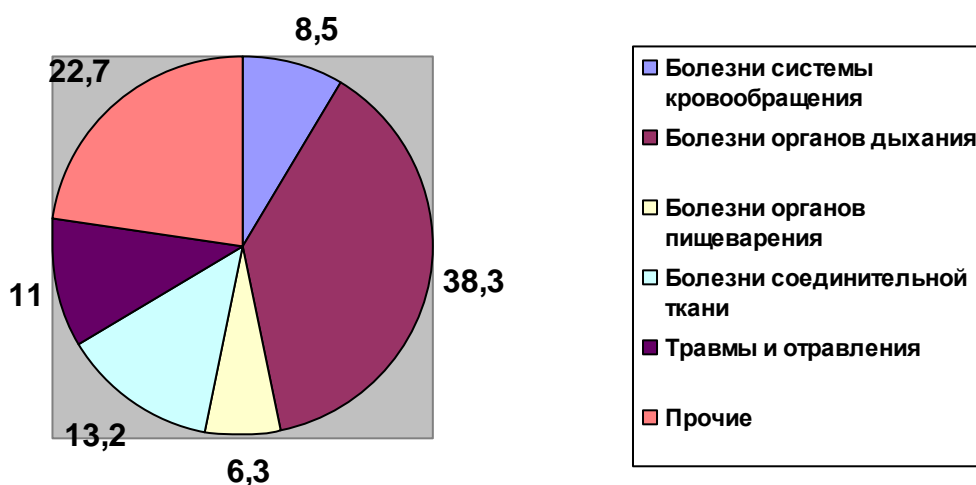
К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

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-ориентированного 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: **31.08.53 Эндокринология**

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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 периодуношества 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 смириться 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 , но <u>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 , но совершает отдельные ошибки

<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 , но <u>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 , но совершает отдельные ошибки</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, личностно 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.

Решение.

Стиль поведения преподавателя- авторитарный, провакационный.

Путь разрешения ситуации- компромисс

Атмосфера в группе - психологический климат является качественной стороной межличностных отношений в данной ситуации отмечается , что он препятствует продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе- усилением конкуренции среди студентов, студенты занимают пассивную и маниакальную эмоциональные диспозиции.

Преподаватель ориентирован на конфликтующую сторону в отношений
Преподаватель демонстрирует студентам свое слабование, неуверенность в себе и некоторый страх перед самими студентом. Может это еще и не осознается ребятами в полной мере, но любой из них способен это почувствовать.

Прогнозирование

Если подобные ситуации будут повторяться, ни о какой дисциплине в группе речи уже не будет, как нельзя будет говорить и об уважении к учителю. Такое открытое потакание желаниям ребят неоправданно и, в конце концов, скажется на самом учебном процессе, качестве обучения и отношении учеников к своему преподавателю.

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.

Решение:

Стиль поведения преподавателя- агрессивно- недоброжелательный, авторитарный
Предложить ответить письменно.

Психологический климат в группе – противоречивый, атмосфера соперничества, агрессивности

Преподаватель ориентирован на авторитарно- дисциплинарный тип отношений

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 запинаяется, 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.

Решение

Студенческая группа - психологический центр формирования специалиста. Именно здесь формируются высокие нравственные качества, правильное отношение к учебе. Студенческая группа способна существенно повысить эффективность индивидуального процесса усвоения знаний. Но для этого нужно, чтобы студенческая группа стала коллективом (командой), где каждый готов помочь каждому, где существует культ учения и знания, атмосфера научного поиска или, другими словами, чтобы в группе установился благоприятный социально-психологический климат. В данном случае- группа разобщена, нет единой цели, задачи, каждый сам по себе. В данном случае эффективно.Целесообразно практиковать задания, которые требуют от студентов объединения усилий, разделение обязанностей, что рождает взаимную ответственность. На семинарских занятиях рекомендуются разнообразные формы совместной работы. Введение коллективных форм учебной деятельности (наряду с индивидуальной) заметно увеличивает число деловых отношений в коллективах, при этом значительно расширяет взаимопомощь, доброжелательность.

Как показывают многочисленные исследования, эффективным средством регуляции социально-психологического климата в коллективе является групповой тренинг. *Прогнозирование*

Слабый, затравленный насмешками юноша, нуждается в поддержке со стороны и поощрении. Иначе у него разовьется комплекс неполноценности, он так и останется неуспевающим студентом и вырастет слабым, неуверенным в себе человеком, озлобленным на весь мир. Остальные же дети ошибочно считают, что имеют право надсмехаться над другими, более слабыми, и не догадываются, что нужно помочь сверстнику. В них развивается эгоизм и жестокость.

Решение

Чтобы создать гармонию отношений в группе в данной ситуации, преподавателю необходимо поддержать слабого студента, помочь ему заявить о себе на пути становления личности. Для этого надо дать студенту специальное задание, например, творческое задание, знакомство, с результатом которого может вызвать интерес всей группы. Это поможет юноше раскрыться, показать его дремлющие способности и нераскрытые возможности.

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.

Решение:

Студенты стремились- создать атмосферу хаоса, беспорядка. Преподавателю в лучшем случае можно было посмеяться вместе со студентами. И продолжать занятие.

Преподаватель демонстрирует студентам свое слабование, неуверенность в себе и некоторый страх перед самими студентом. Может это еще и не осознается ребятами в полной мере, но любой из них способен это почувствовать.

Прогнозирование

Если подобные ситуации будут повторяться, ни о какой дисциплине в группе речи уже не будет, как нельзя будет говорить и об уважении к учителю. Такое открытое потакание желаниям ребят неоправданно и, в конце концов, скажется на самом учебном процессе, качестве обучения и отношении учеников к своему преподавателю.

Решение

Преподаватель мог бы отнестись к этому с юмором, улыбнуться и выразить своё отношение к ситуации, останавливаясь на положительных и отрицательных моментах. Возможные фразы: «Мне нравится, что такая ситуация показывает, что вы как группа являетесь сплочёнными, верными идее, с таким искромётным чувством юмора» или же: «Не буду спрашивать, искать того, кто это придумал – что сделано, то сделано – давайте извлечём для себя полезные моменты из этого, – попытаемся не следовать «стадному чувству», а будем следить каждый за собой»

Ещё как вариант (если позволяет обстановка на занятии), можно рассмотреть и такое продолжение ситуации, в котором можно проследить быстроту реакции и смекалку педагога. Например, преподаватель может в ответ невинно подшутить над учениками и посмеяться вместе с ними. Это укрепит отношения.

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.

Решение:

Прогнозирование

Обоюдная ненависть преподавателя и данного студента усилится еще больше. Такие ситуации будут повторяться и дальше. Уважения к преподавателю не будет ни у этого юноши, ни у всей группы. Юноша ушел униженный, с чувством глубокой

несправедливости, злясь на собственное бессилие и до глубины души ненавидя преподавателя. Урок всей группе: месть вполне приемлема и в ней хороши все средства.

Решение

В данной ситуации преподаватель откровенно сорвал свою злость.

Несправедливость такого поступка заключается еще и в том, что вместо того, чтобы поставить 2 за поведение (что было бы, по крайней мере, честно), преподаватель предпочел поставить 2 за «знания», не дав студенту возможности даже ответить.

Наказание справедливо только тогда, когда, по крайней мере, является наказанием за реальный проступок. Преподаватель дала понять студенту, да и группе, что если она в чем-то и бессильна, то способна отыграться в другой ситуации, воспользовавшись своим положением. Она должна была спросить, если уж студент решил попробовать.

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 понравился 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.

Решение

Преподаватель должен спросить у студента обосновать свое решение- отказ от участия на занятии.

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.

Решение

Во-первых нужно поговорить со студентом и выяснить настоящую причину, почему он туда не ходит. Во-вторых нужно поговорить с со студентом наедине.

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 отстоять 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 фамильярно 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 зарботке?

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: **31.08.53 Эндокринология**

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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 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 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
- А. действие на продуцирующую клетку
Б. действие на близрасположенные клетки
В. действие на расстоянии за счет кровотока.
Г. Эндокринный.

13. 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.

14. Разделите белки острой фазы на группы:

- А. негативная
Б. позитивная
- 1. церулоплазмин
 - 2. альбумин
 - 3. трансферрин
 - 4. С3 комплемент

15. Стадии развития РДС и их характеристики:

- А. 1 стадия
Б. 2 стадия
В. 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 $39,8^{\circ}\text{C}$. 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, конъюнктивита 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. Appetit 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?

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 отечность 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: **31.08.53** Эндокринология

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></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. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></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><i>1. тестовых заданий</i></p> <p><i>2. 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 астроцитома 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
«Синдром диабетической стопы»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Синдром диабетической стопы»

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 эндокринологической 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

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:	Комплекты:	Зачет

		<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>1. Тестовых заданий;</p> <p>2. Ситуационных задач.</p>	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"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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 эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактики больных эндокринологического профиля; 		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактикой эндокринных заболеваний; 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики 		

	<p>эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики;</p> <ul style="list-style-type: none"> - топографическую анатомию эндокринных желез; - основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p><i>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><i>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-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: <u>Не способен</u> <i>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-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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>

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

1. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C, 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 $\geq 7,0$ 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 $<11,1$ ммол/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%

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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

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 вялительное 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

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 голени. 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №7

Пациентка И., 62 лет, пенсионерка, направлена на прием к эндокринологу.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом в течение 14 лет. Диабет был выявлен на фоне избыточной массы тела, компенсировался на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов. Последние 2 года принимает манинил 3,5 мг 3 таблетки в сутки, метформин 1000 мг 2 раза в сутки. Диету соблюдает. В течение 5 лет беспокоят боли в ногах, парестезии, преимущественно в покое, по ночам. За последний год похудела на 6 кг.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пастозность лица. Щитовидная железа и периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧДД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Отеки голени стоп. Глазное дно – препролиферативная диабетическая ретинопатия. Общий анализ мочи – уд.вес 1012, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-6 в п/зр. Глюкоза крови натощак 9,3 ммоль/л, через 2 ч после еды 12,8 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 9,5%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №8

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.

ЗАДАЧА №9

Пациентка Е., 22 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сонливость, выраженную слабость, похудание, жажду и увеличение мочеотделения. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 2–3 недель.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы сухие, тургор кожных покровов снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание учащенное (до 20 в минуту), шумное, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту. Запах ацетона изо рта. Больной проведено исследование биохимических и электролитных показателей крови. Выявлена гликемия 11 ммоль/л, повышение уровня молочной кислоты, натрия, гематокрита, снижение калия и рН < 7,29.

Ваши дальнейшие действия:

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №10

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. Неделю 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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
«Сахарный диабет и беременность»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Сахарный диабет и беременность»

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 эндокринологической 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

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: - основы логики; - философские диалектические принципы; - методологию диагноза;	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2.	Зачет 2 год

		<p>Умеет: - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты; Владеет: - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу;</p>	Ситуационных задач.	обучения
2.	УК-2	<p>Знает: - культурные особенности этнических меньшинств; Умеет: - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; Владеет: - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий;</p>		
3.	ПК-1	<p>Знает: - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; Умеет: - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактики больных эндокринологического профиля;</p>		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации Умеет: - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактикой эндокринных заболеваний;</p>		
5.	ПК-5	<p>Знает: - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и</p>		

	<p><i>инструментальные методы диагностики;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>топографическую анатомию эндокринных желез;</i> - <i>основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов;</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара;</i> - <i>проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике;</i> - <i>формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями;</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности;</i> - <i>методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний;</i> - <i>алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза;</i> - <i>методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях;</i> 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p><i>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><i>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-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: <u>Не способен</u> <i>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-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, 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 $\geq 7,0$ 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. 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

7. 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. $>6,0$

8. ГЛЮКОЗУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

- А. хронического гепатита
- Б. почечного диабета
- В. гипотиреоза
- Г. аутоиммунного тиреоидита

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. СТАДИЯ ХБП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ:

А. протеинурии

Б. скорости клубочковой фильтрации

В. артериальной гипертензии

Г. длительности заболевания

16. К ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

А. выраженная дегидратация

Б. выраженная гипергликемия

В. высокая осмолярность плазмы

Г. кетоз

17. К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

А. повышение физической активности

Б. курение

В. злоупотребление жирной пищей

Г. гиподинамия

18. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ:

А. внутривенным вливанием глюкозы

Б. употреблением алкоголя

В. приемом бета-блокаторов

Г. введением инсулина

19. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ:

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

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

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

21. 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

22. 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

23. 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

24. 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

25. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- А. определение гликемии, глюкозурии, кетонурии
- Б. определение билирубина
- В. определение холестерина
- Г. анализ мочи общий

26. СТАДИЯ ХБП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ:

- А. Скорости клубочковой фильтрации
- Б. Протеинурии
- В. Артериальной гипертензии
- Г. Длительности заболевания

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Пациентка Т., 20 лет, инвалид 2 группы, доставлена 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №2

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 вялительное 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №3

Пациентка П., 30 лет, беременность 14 недель, обратилась 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

Пациентка И., 36 лет, швея, беременность 12 недель, направлена на прием к эндокринологу.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 4 лет. Диабет был выявлен на фоне избыточной массы тела, компенсировался на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов. Последние 2 года принимает метформин 1000 мг 2 раза в сутки. Диету соблюдает. В течение 5 лет беспокоят боли в ногах, парестезии, преимущественно в покое, по ночам. За последний год похудела на 6 кг.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пастозность лица. Щитовидная железа и периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧДД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Отеки голеней стоп. Глазное дно – непролиферативная диабетическая ретинопатия. Общий анализ мочи – уд.вес 1012, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-6 в п/зр. Глюкоза крови натощак 6,3 ммоль/л, через 2 ч после еды 8,8 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 7,5%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №5

Пациентка Е., 22 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сонливость, выраженную слабость, похудание, жажду и увеличение мочеотделения. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 2–3 недель.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы сухие, тургор кожных покровов снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание учащенное (до 20 в минуту), шумное, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту. Запах ацетона изо рта. Больной проведено исследование биохимических и электролитных показателей крови. Выявлена гликемия 11 ммоль/л, повышение уровня молочной кислоты, натрия, гематокрита, снижение калия и $pH < 7,29$.

Ваши дальнейшие действия:

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №6

Пациентка К., 25 лет, болеет СД 1 типа 6 лет, поступила в приемное отделение в тяжелом состоянии. Из опроса родственников выяснено, что последние 3–4 дня чувствовала себя плохо, беспокоили сильная слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности. Неделю назад заболела острым респираторным вирусным инфекционным заболеванием, повысилась температура тела. Самостоятельно сократила 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, pH — 7,23. В анализе мочи — глюкозурия, кетонурия и следы белка.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №7

Пациентка Г., 30 лет, поступила в эндокринологическое отделение по направлению эндокринолога.

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

Из анамнеза: с 20 лет впервые стали беспокоить жажда, полиурия, слабость. Диагноз СД был установлен лишь через 1 год, гликемия натощак 8,4 ммоль/л, уровень HbA1c 9,0%. Семейный анамнез отягощен по сахарному диабету. Уровень гликемии натощак при повторных исследованиях 9,8–10,0 ммоль/л, постпрандиальная гликемия 10,9–13,5 ммоль/л. Для компенсации углеводного обмена назначена интенсифицированная инсулинотерапия. Уровень С-пептида в норме, поставлен диагноз СД

молодых (MODY), переведена на диетотерапию и препараты сульфаниламочевин (гликлазид МВ). В течение последующих 2 лет состояние пациентки стабильно, уровень HbA1c снизился до 6,5–7,0. Ухудшение состояния в последние полтора месяца, отмечены прогрессирование слабости, потеря веса (10 кг), увеличение уровня гликемии в течение суток на фоне увеличения дозы гликлазида МВ и сокращения употребления углеводов.

При осмотре: Рост 169, вес 68 кг, ИМТ 26,9 кг/м². Щитовидная железа не увеличена, эутиреоз. 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №8

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 сульфаниламочевин (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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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
«Сахарный диабет у детей и подростков»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Сахарный диабет у детей и подростков»

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 эндокринологической 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

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: - основы логики; - философские диалектические принципы; - методологию диагноза;	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2.	Зачет 2 год

		<p>Умеет: - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты; Владеет: - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу;</p>	Ситуационных задач.	обучения
2.	УК-2	<p>Знает: - культурные особенности этнических меньшинств; Умеет: - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; Владеет: - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий;</p>		
3.	ПК-1	<p>Знает: - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; Умеет: - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактики больных эндокринологического профиля;</p>		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации Умеет: - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактикой эндокринных заболеваний;</p>		
5.	ПК-5	<p>Знает: - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и</p>		

	<p><i>инструментальные методы диагностики;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>топографическую анатомию эндокринных желез;</i> - <i>основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов;</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара;</i> - <i>проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике;</i> - <i>формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями;</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности;</i> - <i>методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний;</i> - <i>алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза;</i> - <i>методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях;</i> 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p>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>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 эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, 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 $\geq 7,0$ 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%

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Пациент Т., 18 лет, инвалид 3 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 1неделюдо 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2)

ЗАДАЧА №2

Пациентка П., 17 лет, инвалид 2 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 10 лет. Заболевание имеет тяжелое вялительное 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №3

Пациент П., 18 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

Пациент В., 17 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 выяснять, 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2)

ЗАДАЧА №5

Пациентка Е., 16 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сонливость, выраженную слабость, похудание, жажду и увеличение мочеотделения. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 2–3 недель.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы сухие, тургор кожных покровов снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание учащенное (до 20 в минуту), шумное, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту. Запах ацетона изо рта. Больной проведено исследование биохимических и электролитных показателей крови. Выявлена гликемия 11 ммоль/л, повышение уровня молочной кислоты, натрия, гематокрита, снижение калия и рН < 7,29.

Ваши дальнейшие действия:

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2)

ЗАДАЧА №6

Пациент К., 15 лет, болеет 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. Неделю 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2)

ЗАДАЧА №7

Пациентка Т., 18 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 17 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 сульфанилмочевины (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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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
«Эндокринные аспекты костной ткани»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Эндокринные аспекты костной ткани»

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 эндокринологической 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

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: - основы логики; - философские диалектические принципы; - методологию диагноза;	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2.	Зачет 2 год

		<p>Умеет: - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты; Владеет: - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу;</p>	Ситуационных задач.	обучения
2.	УК-2	<p>Знает: - культурные особенности этнических меньшинств; Умеет: - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; Владеет: - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий;</p>		
3.	ПК-1	<p>Знает: - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; Умеет: - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактики больных эндокринологического профиля;</p>		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации Умеет: - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; Владеет: - методами профилактикой эндокринных заболеваний;</p>		
5.	ПК-5	<p>Знает: - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и</p>		

	<p><i>инструментальные методы диагностики;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>топографическую анатомию эндокринных желез;</i> - <i>основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов;</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара;</i> - <i>проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике;</i> - <i>формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями;</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности;</i> - <i>методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний;</i> - <i>алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза;</i> - <i>методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях;</i> 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p>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>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 эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен <u>применять</u> природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. ДЕФИЦИТ ПАРАТГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ:

- А. жажды
- Б. повышенной температуры
- В. тонических судорог
- Г. повышенной судорожной активности головного мозга

2. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К:

- А. снижению секреции паратгормона
- Б. повышению ТТГ
- В. снижению АКТГ
- Г. повышению АКТГ

3. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО:

- А. снижение кальция в сыворотке крови
- Б. повышение кальция в сыворотке крови
- В. повышение фосфора в сыворотке крови
- Г. повышение кальция в сыворотке крови снижение активности щелочной фосфатазы

4. ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. нормальным уровнем паратгормона
- Б. повышенным уровнем паратгормона
- В. сниженным уровнем паратгормона
- Г. повышенным уровнем кальция в крови

5. ПАРАТГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ:

- А. синтез ТТГ
- Б. синтез инсулина
- В. выход кальция и фосфора из кости
- Г. синтез витамина Д

6. СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- А. сахарном диабете
- Б. ожирении
- В. хронических неспецифических заболеваниях легких
- Г. хроническом холецистите

7. ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- А. генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани
- Б. снижение овариальной функции в течение жизни
- В. прекращение овариальной функции в менопаузе
- Г. снижение физической активности в возрасте старше 60 лет

8. ОСТЕОБЛАСТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ:

- А. остеоцита
- Б. хондроцита
- В. остеокласта
- Г. преостекласта

9. РАНЬШЕ ВСЕГО КОСТНАЯ ТКАНЬ СНИЖАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКАХ СКЕЛЕТА:

- А. позвоночник
- Б. голень
- В. предплечье
- Г. тазобедренный сустав

10. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. гипотиреоз
- Б. длительный прием антибиотиков

- В. менопауза
Г. артериальная гипертензия
11. В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВОЛЮЦИОННОГО ОСТЕОПОРОЗА НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. назначение эстрогенсодержащих препаратов
Б. прием витамина Д
В. увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция
Г. прием препаратов кальция с момента установления менопаузы
12. СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:
- А. аспирина
Б. препаратов витамина Д
В. диуретиков
Г. антибактериальных препаратов
13. ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А. остеокласты
Б. остеобласты
В. остеоциты
Г. костная матрица
14. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТЕЛЬНО СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ ДЛЯ ДАННОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДЕНСИТОМЕТРИИ ЭТО:
- А. Т- критерий
Б. Z –критерий
В. Y- критерий
Г. X-критерий
15. СОКРАЩЕНИЕ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ ПОСТУКИВАНИИ В МЕСТЕ ВЫХОДА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЭТО СИМПТОМ:
- А. Хвостека
Б. Труссо
В. Вейса
Г. Шмидта
16. СОКРАЩЕНИЕ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ У НАРУЖНОГО КРАЯ ГЛАЗНИЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИМПТОМЕ:
- А. Хвостека
Б. Труссо
В. Вейса
Г. Шмидта
17. СИМПТОМ «РУКА АКУШЕРА» ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:
- А. гипотиреозе
Б. гиперпаратиреозе
В. гипопаратиреозе
Г. тиреотоксикозе

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Пациентка И., 38 лет, доставлена в приемное отделение больницы с выраженным судорожным синдромом.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания: со слов родственников выяснено, что в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в

области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья

Анамнез жизни: частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. Отмечала подъемы АД, антигипертензивную терапию не проводила. Уровень АД не контролировала. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. Эндокринологом не осмотрена.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 164 см, вес 70 кг, ИМТ 26,1 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2)

ЗАДАЧА №2

Пациентка А., 58 лет, медсестра, обратилась на прием к невропатологу.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрена. Менархе с 11 лет, роды – 2, вес ребенка при рождении 3,0 кг и 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не

определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №3

Пациент Е., 35 лет, водитель, жалуется на периодически возникающие приступы судорог мышц конечностей и лица, которые возникают по несколько раз в день от самых разнообразных внешних раздражителей, онемение пальцев рук и ног, боли за грудиной и в подложечковой области, затруднение дыхания, запоры.

Из анамнеза: заболевание развилось после оперативного удаления правой доли щитовидной железы по поводу смешанного зоба.

При осмотре: волосы редкие, седые, ломкие ногти. При неврологическом обследовании резкое повышение возбудимости нервной и мышечной систем. Значительное повышение электровозбудимости двигательных нервов. Содержание кальция в крови значительно снижено. Содержание фосфора повышено. Щелочной резерв крови увеличен.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

Пациентка К., 38 лет, швея, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрена. Менархе с 10 лет, роды – 3, вес ребенка при рождении 3,0 кг, 3,5 кг и 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 161 см, вес 71 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица,

верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемизированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 96 уд./мин., АД 155/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №5

Пациент Е., 30 лет, водитель, обратился на прием к невропатологу.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечал головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной ОРВИ усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдался у невролога территориальной поликлиники. Отмечал подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводил. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирован по поводу диффузного токсического зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, в сознании, несколько заторможен. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемизированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).

4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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 «Медицинская
генетика»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Медицинская генетика»

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

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; 	<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: -культурные особенности этнических меньшинств;</p> <p>Умеет: - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара;</p> <p>Владеет: - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий;</p>		
3.	ПК-1	<p>Знает: - возрастные, биологические, экологические и социальные факторы, влияющие на особенности возникновения и течения эндокринных заболеваний;</p> <p>- основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам;</p> <p>Умеет: - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике;</p> <p>Владеет: - методами профилактики больных эндокринологического профиля;</p>		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике;</p> <p>Владеет: - методами профилактикой эндокринных заболеваний;</p>		
5.	ПК-5	<p>Знает: - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики;</p> <p>- топографическую анатомию эндокринных желез;</p> <p>- основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов;</p> <p>Умеет: - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных</p>		

	<p>эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара;</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		
--	---	--	--

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	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить,

	<p>делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>анализировать и делать выводы</p>
УК-2	<p>Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>Умеет <u>Не способен управлять</u> коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>
ПК-1	<p>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</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>Умеет <u>Не способен осуществлять</u> 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: 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 проводить</u> профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</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 <i><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</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, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5

1. Закон единообразия гидридов первого поколения относится..

1. к законам Менделя
2. к законам Моргана
3. к полигенному типу наследования.

2. Метод изучения родословных называется...

1. генеалогический метод
2. близнецовый метод
3. метод хромосомных карт

3. Пробанд — это:

1. Человек, с которого начинается сбор сведений о семье.
2. Человек, имеющий признак, по которому собираются генеалогические данные.
3. Родоначальник семьи.
4. Человек, страдающий наследственным заболеванием.

4. Для определения роли наследственности или влияния среды в качестве стандарта используется...

1. генеалогический метод
2. близнецовый метод
3. метод хромосомных карт

5. Каким образом осуществляется наследование шизофрении?

1. по законам Менделя
2. по законам Моргана
3. полигенным путем.

6. Что кодируют гены?

1. синтез белков
2. синтез углеводов
3. синтез жиров

7. Какие молекулы имеют структуру двойной спирали?

1. Белки.
2. РНК.
3. ДНК.
4. Углеводы.

8. Заболевания, возникающие в результате повреждения ДНК на уровне гена относятся..

1. к хромосомным болезням
2. к генным заболеваниям
3. к психосоматическим заболеваниям

9. Транслокация относится...

1. к хромосомным абберациям
2. к генным болезням
3. к заболеваниям обмена веществ

10. Отсутствие потребности в общении у ребенка типично для...

1. синдрома минимальной мозговой дисфункции
2. синдрома раннего детского аутизма
3. синдрома Марфана.

11. Поводом для медико-генетического консультирования является:

1. Близкородственные браки.
2. Неблагополучное течение беременности.
3. Супруги разной национальности.
4. Возраст женщины старше 35 лет, а мужчины — 40 лет.

12. Амниоцентез относится к методам...

1. рентгеновского исследования
2. пренатальной диагностики
3. функциональной диагностики

13. Полный набор хромосом человека называется...

1. диплоидный
2. гаплоидный
3. полиплоидный

14. Гомологичны ли X и Y -хромосомы?

1. Все хромосомы человека парные и гомологичные, т.к. аналогичные локусы располагаются в них в одинаковой последовательности. Одна из каждой пары гомологичных хромосом наследуется от отца, другая — от матери.
2. Часть короткого плеча X-хромосомы и короткое плечо Y-хромосомы гомологичны и конъюгируют в мейозе.
3. X и Y-хромосомы не гомологичны, т.к. имеют различную структуру и различные функции.
4. Между ними в мейозе не происходит рекомбинации. Локализованные в них гены наследуются сцепленно с полом.

15. К факторам, повышающим риск мультифакториальной болезни, относятся:

1. Вредные привычки.
2. Имбридинг.
3. Аутбридинг.
4. Наличие родственников с хромосомной или генной патологией.

16. Слабость соединительной ткани, арахнодактилия наблюдаются при...

1. синдроме Марфана
2. синдроме Туретта
3. синдроме Дауна

17. Олигофрения у детей обусловлена генетическими факторами:

1. В 10% случаев.
2. В 75% случаев.
3. В 50% случаев.

18. Низкий рост у девушек (карликовость) наблюдается при...

1. Синдроме Маршалла.
2. Синдроме Шерешевского-Тернера.
3. Синдроме Клайнфельтера

19. Проявления агрессивности и жестокости может быть следствием...

1. синдрома Жакоб
2. синдрома Клайнфельтера
3. синдрома Ретта

20. Формы делинквентного поведения могут наследоваться...

1. по законам Менделя
2. по законам Моргана
3. полигенным путем.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

У новорожденного ребенка отмечаются микроцефалия, узкие глазные щели, запавшее переносье, широкое основание носа, низко посаженные, деформированные ушные раковины, расщелина губы и носа, короткая шея, полидактилия, крипторхизм, гипоплазия наружных половых органов.

Выявлены пороки внутренних органов: дефект межжелудочковой перегородки, аномалии почек.

При цитогенетическом исследовании обнаружена трисомия по 13-й паре аутосом.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 2.

На консультацию к врачу-невропатологу обратились родители юноши 15 лет. Их беспокоит вялость, инертность и умственная отсталость сына. Юноша учится в школе для умственно отсталых

детей. Объективные данные: юноша высокого роста, евнуховидного телосложения, конечности длинные, вторичные половые признаки выражены слабо. В клетках эпителии полости рта обнаруживаются тельца Бара.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 3. Ребенок родился доношенным, с массой 2400 г. Отмечался характерный внешний вид ребенка: выступающий затылок, микроцефальная форма черепа, укороченная грудина. Отмечался также принторхизм, паховая и пупочная грыжи, дисплазия тазобедренных суставов. Ребенок умер на 6-ом месяце жизни. При кариологическом исследовании была обнаружена трисомия 18-й пары хромосомы.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 4. У ребенка К., 6 месяцев, отмечалась задержка физического и психического развития, неврологические нарушения – полимерный судорожный синдром, нарушения зрительно-моторной координации, косоглазие, нистагм. Обращал на себя внимание исходящий от больного специфический «мышинный» запах. Содержание фенилпировиноградной кислоты в плазме крови равнялось 0,6 г/л (N до 0,016 г/л).

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 5. Альбинизм общий (неспособность образовывать пигмент меланин) наследуется у человека как аутосомный рецессивный признак. В семье родителей, имеющих нормальную пигментацию кожи, родились разнояйцевые близнецы, один из которых альбинос, а другой имеет нормальную пигментацию кожи.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 6. Миоплегия (периодически повторяющиеся параличи, связанные с потерей мышечными клетками калия) передается по наследству как аутосомный доминантный признак. Мужчина гетерозиготен, а его жена не страдает миоплегией.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 7. Полидактилия (многопалость) - доминантный аутосомный признак.

В семье, где муж страдает полидактилией, а жена имеет нормальное строение пальцев, родился ребенок с нормальным строением пальцев.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).
2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, ПК-2).

Задача 8. Синдактилия (сращение пальцев) у человека наследуется как аутосомный признак. У родителей, имеющих сращение пальцев, двое детей: один имеет нормальное строение пальцев, а другой страдает синдактилией.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-5).

2. Определите вероятность рождения в этой семье еще одного ребенка без аномалии (УК-2, 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
«Болезни сердечно-сосудистой системы»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Болезни сердечно-сосудистой системы»

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 эндокринологической 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

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>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных	Зачет 2 год обучения

		<p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты;</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу; 	задач.	
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"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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 эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактики больных эндокринологического профиля; 		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактикой эндокринных заболеваний; 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы 		

	<p>диагностики;</p> <ul style="list-style-type: none"> - топографическую анатомию эндокринных желез; - основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p>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>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 эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:
 - А. Гипертонической болезни
 - Б. Симптоматических гипертензиях
 - В. Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях
 - Г. Сахарном диабете 2 типа

2. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ:
 - А. Определения тактики лечения
 - Б. Уточнения степени артериальной гипертонии
 - В. Выбора лекарственных препаратов
 - Г. Все перечисленное верно

3. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПОДАГРОЙ:
 - А. Гипотиазид
 - Б. Метопролол
 - В. Дилтиазем
 - Г. Верошпирон

4. К ИНГИБИТОРАМ АПФ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
 - А. Каптоприл
 - Б. Лозартан
 - В. Периндоприл
 - Г. Рамиприл

5. ФАКТОР, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КАПТОПРИЛА ПО ПОВОДУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:
 - А. Пожилой возраст
 - Б. Гипокалиемия
 - В. Гиперкалиемия
 - Г. Хроническая почечная недостаточность

6. К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:
 - А. Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена
 - Б. Пропаганда здорового образа жизни
 - В. Диетическая коррекция нарушений липидного обмена
 - Г. Все перечисленное

7. 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:
 - А. Нестабильная стенокардия
 - Б. Стабильная стенокардия напряжения
 - В. Вариантная стенокардия
 - Г. Впервые возникшая стенокардия

8. В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ РКО ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИСЛИПИДЕМИЙ 2017Г. СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ХС ЛПНП У БОЛЬНЫХ ИБС РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДО УРОВНЯ:

- А. 3,0 ммоль/л
- Б. 2,5 ммоль/л
- В. 1,8 ммоль/л
- Г. 1,5 ммоль/л

9. ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА:

- А. Расслаивающую аневризму аорты
- Б. Тромбоэмболию легочной артерии
- В. Инфаркт миокарда
- Г. Кардиоспазм

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А. Травмы костей таза и нижних конечностей
- Б. Злокачественных новообразований
- В. Оперативных вмешательств
- Г. Острых вирусных инфекций

11. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- А. Острого перикардита
- Б. Расслаивающей аневризмы аорты
- В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- Г. Тромбоэмболии легочной артерии

12. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А. Внезапного появления болей
- Б. Болей до 10 мин
- В. Связи с нагрузкой
- Г. Проявления чаще ночью

13. ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ВЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КРОМЕ:

- А. Характерно учащение приступов
- Б. Необходима срочная госпитализация
- В. Характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
- Г. Характерно горизонтальное смещение сегмента ST

14. МЕТОПРОЛОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ИБС, ПОТОМУ ЧТО ОН:

- А. Снижает потребность миокарда в кислороде
- Б. Расширяет коронарные сосуды
- В. Увеличивает потребность миокарда в кислороде
- Г. Увеличивает сократительную способность миокарда

15. ПРИЧИНАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Повреждение миокарда
- Б. Перегрузка сердца давлением или объемом
- В. Нарушение диастолической функции

Г. Все перечисленное

16. ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ, КОТОРЫЕ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- А. Диуретики
- Б. Сердечные гликозиды
- В. Нитраты
- Г. Ингибиторы АПФ

17. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕТОПРОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Пожилой возраст
- Б. Гипотония
- В. Гиперкалиемия
- Г. Тахикардия

18. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВВЕДЕНИЮ ВЕРАПАМИЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Атриовентрикулярная блокада
- Б. Синдром слабости синусового узла
- В. Гипотензия
- Г. Все перечисленное

19. К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А. Одышки и сердцебиения, возникающих при физической нагрузке
- Б. Появления цианоза губ
- В. Появления сухих хрипов в легких
- Г. Появления никтурии

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А. Злокачественных новообразований
- Б. Заболеваний венозной системы
- В. Оперативных вмешательств
- Г. Острых вирусных инфекций

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

У преподавателя вуза, 30 лет, при обследовании по поводу оформления медицинской справки для водительской комиссии было выявлено повышение 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, 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, одинаковый 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №2

У больной 73 лет при обращении по поводу обострения хронического цистита было выявлено повышение АД 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. ИМТ 30,1 кг/м². 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №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, манагил, верапамил. В настоящее время беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке. В течение последнего года появилась нерезко выраженная перемежающаяся хромота. Соблюдает диетические рекомендации. 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 см. ИМТ 29,1 кг/м². Преимущественное отложение жира в области живота, объем талии 120 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 нижних конечностей 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, признаки систолической перегрузки в отведениях V5 и V6. На глазном дне выявлены изменения, связанные с диабетом и АГ.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

Женщина 74 лет доставлена в ПИТ 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №5

У мужчины 30 лет при обследовании по поводу трудоустройства было выявлено АД 150/95 мм рт.ст. На протяжении последних 2 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. ИМТ 31,9 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., одинаковое на обеих руках. Пульс 61 уд/мин, одинаковый 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 мм рт.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

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №6

Женщина 56 лет. Страдает ожирением около 30 лет. В течение 20 лет артериальная гипертония. 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 2 типа. В течение 2 лет сахарный 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 снаружи 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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №7

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 2 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 рт.ст. S=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 почка значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №8

Мужчина 65 лет. При сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД до 260/140 мм рт.ст., на ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную гипотензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки,

норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 2 табл. ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт. ст.). На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин. регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы. Конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации. По данным ЭХОКГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ. В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи следы белка, лейкоциты до 18 в п/зр. При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 мм x 18 мм.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №9

Женщина 30 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт. ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт.ст.). Применение гипотензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 - 170/110 мм рт. ст.). Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС 72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт. ст., S=D. В эпигастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей. Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов. Экскретогная урография: левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №10

Женщина 29 лет. Считает себя больной в течение 5 лет, когда вскоре после родов стала прогрессивно прибавлять в весе на фоне повышенного аппетита (за 5 лет прибавила около 15 кг). Одновременно впервые в жизни стали регистрироваться повышенные цифры АД (до 180/100 мм рт.ст.), появилась повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Последний год артериальная гипертония приобрела кризовый характер: внезапные подъемы АД сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, внутренней дрожью, чувством страха и полиурией. Кризы купируются самостоятельно, возникают с частотой до 4-6 раз в месяц.

Объективно: повышенного питания (рост 162 см вес 95 кг). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже живота белые широкие стрии. ЧСС 70 уд/мин., АД 170/100 мм рт. ст.. По органам - без особенностей.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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
«Болезни органов пищеварения»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
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 «Болезни органов пищеварения»

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 эндокринологической 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

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>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных	Зачет 2 год обучения

		<p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты;</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу; 	задач.	
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"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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 эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактики больных эндокринологического профиля; 		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактикой эндокринных заболеваний; 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы 		

	<p>диагностики;</p> <ul style="list-style-type: none"> - топографическую анатомию эндокринных желез; - основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p><i>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><i>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-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: <u>Не способен</u> <i>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-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А. Хронического гастрита с атрофией слизистой
- Б. Полипов желудка на широком основании
- В. Дисплазии слизистой желудка
- Г. Эрозивного гастрита

2. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ:

- А. Эпигастральная боль
- Б. Чувство переполнения в эпигастрии, возникающее при приёме обычного количества пищи
- В. Чувство быстрой насыщаемости, не дающее завершить приём пищи
- Г. Тошнота

3. ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Вторичный билиарный цирроз
- Б. Хронический вирусный гепатит
- В. Хронический аутоиммунный гепатит
- Г. Жировой гепатоз

4. ДЛЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И/ИЛИ СФИНКТЕРА ОДДИ ХАРАКТЕРНЫ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

- А. Приступы боли в правом верхнем квадранте живота
- Б. Тошнота
- В. Рвота, не приносящая облегчения
- Г. Повышение температуры тела

5. ОСНОВУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СОСТАВЛЯЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- А. Препаратов панкреатина
- Б. Ненаркотических анальгетиков
- В. Спазмолитиков
- Г. Ингибиторов протоновой помпы

6. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЗИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОГО МЕТОДА СКРИНИНГА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ НАДЕЖНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- А. Псевдокисты
- Б. Кальцификация и вирсунголитиаз
- В. Диффузные изменения поджелудочной железы, характеристика её контура и изменение размеров
- Г. Выраженная дилатация главного панкреатического протока в сочетании с уплотнением его стенок

7. УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СТЕАТОРЕИ:

- А. Неоформленный стул
- Б. Стул с жирным блеском
- В. Присутствие полупереваренных фрагментов пищи в стуле
- Г. Полифекалия

8. ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ НЕЛЬЗЯ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ:

- А. Ячмень
- Б. Рис
- В. Кукурузу
- Г. Гречу

9. ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Значение МНО $> 1,5$
- Б. Значительно повышенный уровень трансаминаз
- В. Наличие желтухи и гипербилирубинемия
- Г. Наличие печёночной энцефалопатии

10. РАСЩЕПЛЕНИЕ БЕЛКОВ В ЖКТ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ЭТАПЫ:

- А. Белки – глицерин - аминокислоты
- Б. Белки – аминокислоты - мочевины
- В. Белки – полипептиды – пептиды - аминокислоты
- Г. Белки – пектины – аминокислоты

11. ИЗБЫТОК БЕЛКА В ПИЩЕ ПРИВОДИТ КО ВСЕМУ ПЕРЕЧИСЛЕННОМУ, КРОМЕ:

- А. Истощения
- Б. Усиленного образования биогенных аминов (скатола, индола)
- В. Повышения уровня мочевины в крови и кишечнике
- Д. Положительного азотистого баланса

12. УСИЛЕННОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ БЕЛКОВ В ОРГАНИЗМЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- А. Злокачественных новообразований
- Б. Ожирения
- В. Ожоговой болезни
- Г. Инфекционных заболеваний

13. ВАЖНЕЙШИМИ СВОЙСТВАМИ ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А. Быстрого всасывания в кишечнике и ассимиляции в тканях
- Б. Способности служить легко утилизируемым источником энергии
- В. Способности превращаться в незаменимые аминокислоты
- Г. Стимуляция секреции инсулина

14. РАСЩЕПЛЕНИЕ КРАХМАЛА ПРОИСХОДИТ:

- А. В желудке
- Б. В тонкой и 12-перстной кишке
- В. В толстой кишке
- Г. В ротовой полости

15. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:

- А. Возраста
- Б. Расы

- В. Характера трудовой деятельности
- Г. Физической нагрузки

16. ЭМУЛЬГИРОВАНИЕ ЛИПИДОВ В КИШЕЧНИКЕ ИДЕТ ПРИ УЧАСТИИ:

- А. Желчных кислот и липазы
- Б. Витамина С
- В. Амилазы
- Г. Соляной кислоты

17. ПЕРЕВАРИВАНИЕ ЛИПИДОВ ПРОИСХОДИТ:

- А. В ротовой полости
- Б. В желудке
- В. В тонкой кишке и 12 перстной кишке
- Г. В толстой кишке

18. ОСВОБОЖДЕНИЕ ЖЕЛУДКА ОТ ПИЩИ ТОРМОЗЯТ:

- А. Жиры
- Б. Углеводы
- В. Белки
- Г. Жирорастворимые витамины

19. НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- А. Панкреатита
- Б. Энтерита
- В. Холецистита
- Г. Цирроза печени

20. НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- А. Атеросклероза
- Б. Ожирения
- В. Сахарного диабета
- Г. Язвенной болезни 12 перстной кишки

21. НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- А. Несахарного диабета
- Б. Сахарного диабета
- В. Энтерита
- Г. Панкреатита

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Жалобы: мужчина 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 и был направлен к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные, пневмония в детстве. Травм, операций не было. Не курит. Алкогольными напитками не злоупотребляет. Непереносимости лекарственных средств не отмечал. Наследственность по патологии ЖКТ не отягощена.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Питание достаточное. Кожа, видимые слизистые обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. 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. Мочиспускание не учащено. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ан. крови общий Эр. $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб 150г/л, ЦП 0,93, Тромб. $192 \times 10^9/л$; Л. $5,1 \times 10^9/л$ (э/2, нп/2нс/45, л/46, м/5 %), СОЭ 2 мм/час.

б/х исследование крови креатинин 112 мкмоль/л, общий белок 67 г/л, билирубин общ.- 9,0, прям.- 2,0, непря.- 7,0, АСТ - 22, АЛТ – 11, щелочная фосфатаза 179 ЕД/мл, сывороточное железо 13,7 мкмоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л. холестерин общий 5,8 ммоль/л.

ан. мочи общий с/с, кислая, уд.вес 1010, прозрачная; белок, сахар, ацетон, желчные пигменты «отр.»; эпит. пл. 1-2 лейкоциты 1-2 в поле зрения.

копрограмма полуоформленный, мягкий, жёлтый, рН-нейтральный; скрытая кровь «отр.»; мышечные волокна переваримые «+», непереваренные «+», нейтральный жир «отр.», жирные кислоты «++», мыла «++», клетчатка непереваримая «+++», переваримая «+», крахмал внеклеточно «+», внутриклеточно «±»; *йодофильные бактерии, слизь, Л., Эр., простейшие, яйца глист не обнаружены.*

группа крови В (III), Rh-фактор (+) «положительный».

ЭКГ Ритм синусовый с ЧСС 70 в мин. Нормальное положение Э.О.С.

RW – отр.

антитела ВИЧ в реакции ИФА – отр.

анализ крови на HBsAg – результат «отрицательный», antiHCV – результат «отрицательный»

ФЭГДС: Пищевод не изменён. Желудок обычной формы. Складки слизистой выражены удовлетворительно. Слизистая отёчна и гиперемирована, особенно в антральном отделе. Привратник округлой формы, свободно проходим. В луковице двенадцатиперстной кишки на нижней стенке язва 0,9см в диаметре, глубиной 0,2см, на дне налёт фибрина (биопсия). Тест на Н. pylori «положительный». *Заключение:* Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

результаты гистологического исследования биопсийного материала: Фрагменты слизистой оболочки 12-перстной кишки с выраженной лейкоцитарно-нейтрофильной инфильтрацией собственной пластинки слизистой и подслизистого слоя; тканевой детрит. Выявлены Гр.- «отрицательные» извитые палочки.

ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Печень: размеры LD 118, LS 68 мм, LD не выступает из-под рёберной дуги, эхо-структура гомогенная, средней эхогенности; сосудистый рисунок чёткий, диаметр VP 12мм, НПВ 17мм, селезёночной вены 5мм; очаговых изменений паренхимы печени нет. Желчный пузырь 80×12мм, овальной формы, стенки ровные, не утолщены, холедох 3мм, внутриполостные эхо-сигналы не обнаружены. Поджелудочная железа размеры: головка 20 мм, тело 16 мм, хвост 22 мм, эхогенность средняя, структура однородная, контуры чёткие, ровные, вирсунгов проток не расширен.

Селезёнка 90×35мм, эхо-структура гомогенная, очаговых изменений паренхимы селезёнки нет. *Заключение:* по УЗИ – деформация желчного пузыря.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №2

Жалобы: женщина 42 года предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастрии и обоих подреберьях, иррадирующие 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 более 10 лет. Девять лет назад была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. После этого переносимость жирной, острой пищи постепенно снижалась, появилась склонность к послаблению стула, участились болевые эпизоды.

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. ИМТ 25,7 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. 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. 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.

Результаты лабораторно-инструментального обследования (задача 2):

анализ крови общий Эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб 140 г/л, ЦП 0,93, Тр- $252 \times 10^9/л$, Лейк $9,0 \times 10^9/л$, (с/я 54%, лимф- 43%, моноц-3%), СОЭ 15 мм/ч

биохимия крови креатинин – 65 ммоль/л, общий белок 80 г/л, билирубин общ.- 11,0 мкмоль/л, пр.билирубин – 2,0 мкмоль/л, билирубин непр. – 3,0 мкмоль/л, АСТ- 22 ед./л, АЛТ – 17 ед./л, щелочная фосфатаза 101 ед./л, холестерин 4,2 ммоль/л, сыв. Fe – 14,4 мкмоль/л, амилаза крови 52 Ед/мл, глюкоза 4,7 ммоль/л.

анализ мочи общий цвет – сол./жёлт, кислая, уд.вес-1030, прозрачная, белок «отр.»; эпит.кл.пл.- 10-12, лейкоц- 4-6, эритроц.-4-6 в поле зрения.

копрограмма полуоформленная форма, мягкая консистенция, цвет коричневый, реакция кислая, скрытая кровь «положительная++», мышеч.волокна перев «++», полуперев «++», нейтр. жир «+++», жирные к-ты «+++», мыла «+++», неперевар. клетчатка «++», крахмал внеклет. «+», йодофильные бактерии «-», дрожжевы грибы «+++», *слизь, лейкоц., эр., эпит., простейшие, я/гл. – не обнаружены.*

эластаза кала 400 ед.

анализ крови методом ИФА а/т к Н.Р – «результат сильно положительный 1:40».

диастаза мочи 16 Ед.

тест толерантности к глюкозе гликемия через 2 часа после нагрузки – 5,5 ммоль/л.

ЭКГ Ритм синусовый, ЧСС 68 в мин. Нормальное положение Э.О.С.

ФЭГДС Пищевод не изменён. Кардия смыкается вяло. Желудок обычной формы, содержит слизь, складки извиты, перистальтика прослеживается, слизистая с явлениями умеренно выраженного воспаления. Привратник проходим. Слизистая луковицы ДПК без особенностей. Заключение: Умеренно выраженный поверхностный гастрит. Уреазный тест (-) «отрицательный».

гистологическое исследование биопсийного материала: умеренно выраженная лейкоцитарная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов и отёк собственной пластинки слизистой оболочки и эпителия. Строение желудочных желез сохранено.

ультразвуковое исследование органов брюшной полости Печень LD=112 мм LS=58 мм, эхоструктура однородная, эхогенность средняя, сосудистый рисунок четкий, очаговых изменений паренхимы печени нет. Желчный пузырь удален, холедох d=4,0 мм. Поджелудочная железа с нечетким контуром: головка 22 мм, тело 15 мм, хвост 23 мм. Эхогенность умеренно повышена, структура неоднородна, Вирсунгов проток не дифференцируется. Селезенка 81×42 мм, гомогенная эхоструктура, очаговых изменений нет. **Заключение:** Диффузные изменения в поджелудочной железе. Состояние после холецистэктомии.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №3

Жалобы: мужчина 57 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, отсутствие аппетита, слабость.

Анамнез заболевания: Заболеваний печени в анамнезе нет. Ранее длительное время злоупотреблял алкоголем. Настоящее ухудшение после 1 месяца систематического употребления водки в количестве до 0,5 л в сутки. Месяц назад появились тянущие боли в правом подреберье, затем пожелтение кожных покровов и склер, тёмная моча и светлый кал. Консультирован дежурным инфекционистом ОБУЗ ГКБ№1: данных за вирусный гепатит выявлено не было.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает простудные, периодические повышения АД. Травм, 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 15×12×10см 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.

Результаты лабораторно-инструментального исследования (задача 3):

ан. крови общий: Эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв 152 г/л, ЦП 1,0, Тр. $64,0 \times 10^9/л$, Лейк. $10,8 \times 10^9/л$, (с/я 68%, лимф 30%, моноц. 2%), СОЭ 47мм/ч, макроцитоз +, пойкилоцитоз +.

ан. крови б/х: креатинин 31 ммоль/л, общий белок 78 г/л, холестерин 2,8 ммоль/л, билирубин общий 459,0 мкмоль/л, прямой 301,0 мкмоль/л, АСТ 144 е/л, АЛТ 42 ед/л, щелочная фосфатаза 259 г/л, альбумины 29 г/л, γ -ГТП 238 е/л, амилаза 57 ед/мл, калий 4,9 ммоль/л, хлор 102 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л.

коагулограмма: время свёртывания 15 мин, АЧТВ 50 сек, концентрация фибриногена в плазме 9,5 г/л, толерантность плазмы к гепарину 14 мин. 20 сек., фибринолитическая активность 25 %, тромботест 3 ст., протромбиновый индекс 60%, гематокрит 38%, β -фибриноген положительный «++++».

тест толерантности к глюкозе: 8^{00} – 3,5 ммоль/л, 10^{30} – 4,2 ммоль/л.

общий анализ мочи: цвет «пива», реакция кислая, уд.вес 1015, с/мутная, белок 0,099гр/л, сахар, ацетон «отр», желчные пигменты ++, уробилин +, эпит. кл. плоские един, лейкоциты 4-6 в поле зрения, эритроциты 1-3 в поле зрения.

ан. мочи на диастазу от: 32 ед.

копорологическое исследование: неоформленный, жидкий, коричневого цвета, рН нейтр, реакция на кровь «отрицательная». Микроскопически: мышечные волокна переваренные «+», полупереваренные «+»; нейтральный жир «++»; жирные кислоты «++++»; мыла «++»; клетчатка непереваримая «++», переваримая «+»; крахмал внутрикл. «+», внекл. «+»; йодоф. бактерии «+», эр., лейкоц., эпителий, простейшие, яйца глист – не обнаружены.

группа крови А (II), Rh (+) «положительный».

антиHCV «отр.»; HBsAg «отр.»; ИФА на ВИЧ: «отр.»

антитела к H.P.: 1:40 (сильнополож).

сцинтиграфия печени: На сцинтиграммах изображение печени в передней и задней проекциях. Изображение печени деформировано. Включение РФП диффузно неравномерное, с максимумом в левую долю. Селезёнка активно накапливает РФП. Включение РФП в позвоночник. **Заключение:** активно выраженные диффузные изменения печени по типу цирроза. Спленомегалия.

ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Печень: размеры LD=153мм, LS=84мм, хв.доля=72мм, эхогенность повышена, эхо-структура неоднородная, сосудистый рисунок деформирован, диаметр VP=7мм, диаметр V селезен.=6мм. Желчный пузырь 75*38мм, форма овоидная, стенки утолщены, уплотнены до 11мм (холецистопатия), холедох d=3,0мм, реканализация пупочной вены. Поджелудочная железа: головка 32 мм, тело 21 мм, хвост 32 мм. Эхогенность повышена, структура неоднородная, Вирсунгов проток не дифференцируется. Селезенка: размеры 151*100мм, гомогенная эхоструктура, очаговых изменений нет. Во всех отделах живота определяется свободная жидкость (асцит). По переднему контуру поджелудочной железы сосудистые анастомозы. В воротах селезенки различимы сосудистые анастомозы. **Заключение:** Гепатоспленомегалия. Диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. Холецистопатия. Асцит. Признаки портальной гипертензии.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

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

Анамнез заболевания: заболел около 4 месяцев назад, с появления диареи. 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. Ps – 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.

Результаты лабораторно-инструментального обследования (задача 4):

общий анализ крови: Эр – 3,6 Т/л; Нб – 110 г/л; ЦП – 0,9; лейкоц. – 6,2 Г/л (э – 0%, н/п – 10%, н/с – 70%; лим. – 14%; мон. – 6%); СОЭ 24 мм/ч

биохимический анализ крови: креатинин 65 мкмоль/л, общий белок 57 г/л, альбумин 36 г/л, холестерин 3,7 ммоль/л, билирубин общ 12,5 мкмоль/л, прям 2,5 мкмоль/л, АСТ 21 Е/л, АЛТ 26 Е/л, ЩФ 284 ЕД/л, СРБ++, калий 3,9 ммоль/л, натрий 123 ммоль/л, кальций 2,11 ммоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л.

общий анализ мочи: цвет – св/с, нейтральная, уд.вес – 1010, слегка мутная, белок, сахар, ацетон «отр», эпит.кл.пл.- 2–4, лейкоц. – 2–4

диастаза мочи: – 16 ед.

копрологическое исследование: неоформленный, коричневого цвета, рН – кислая, реакция на кровь «++++». Микроскопически: мышечные волокна переваренные «++», непереваренные «++», жирные кислоты «++», мыла «++», клетчатка непереваримая «++», переваримая «+», крахмал внекл. «+++», внутрикл. «+», йодоф. бактерии «+»; эр., лейкоц., эпителий, простейшие, яйца глист – не обнаружены.

анализ кала на дизентерийно-сальмонеллезную группу результат «отр.».

группа крови А (II), Rh (+) «положительный».

антиHCV «отр.»; HBsAg «отр.»; ИФА на ВИЧ: «отр.»

RRS: тубус ректоскопа введён на глубину 23 см. Слизистая оболочка прямой кишки и терминальных отделов сигмовидной кишки гиперемирована, отёчна, с множественными поверхностными изъязвлениями, покрытыми слизью и фибрином, легко кровоточит.
Заключение: проктосигмоидит.

ирригоскопия: при помощи контрастной клизмы бариевой взвесью выполнены все отделы толстой кишки. Положение кишки типичное, перистальтика усилена, гаустрация несколько сглажена, дефектов наполнения не выявляется. После опорожнения кишечника рельеф слизистой оболочки на всём протяжении толстой кишки нарушен за счёт множественных поверхностных депо бария размерами от 1,5 до 3 см., не выходящих за пределы контуров кишки.

ФЭГДС: Пищевод не деформирован, при инсуффляции легко расправляется, проходим. Слизистая его розовая. Розетка кардии расположена на 40,0 см от резцов, смыкается полностью. Желудок обычных размеров, при инсуффляции легко расправляется. Содержит умеренное количество слизи. Складки выражены обычно, извиты, направлены продольно. Перистальтика

прослеживается. Слизистая желудка неярко диффузно гиперемирована. Привратник свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая ее неярко диффузно гиперемирована. Уреазный тест «+++». **Заключение:** Хронический умеренно-выраженный НР-ассоциированный гастрит. Хронический умеренно-выраженный дуоденит.

УЗИ печени, ЖВП, поджелудочной железы: Печень типично расположена, несколько повышенной эхо-плотности. Размеры правой доли 135 мм, левой доли 70 мм. Диаметр v. portae 12 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, грушевидной формы. Толщина стенки желчного пузыря 2,5 мм, контуры ровные. Содержимое желчного пузыря анэхогенно. Холедох 7 мм. Поджелудочная железа расположена типично, эхогенность паренхимы несколько повышена. Размеры: головка 29 мм, тело 20 мм, хвост 25 мм. **Заключение:** диффузные изменения в печени, поджелудочной железе.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №5

Жалобы: мужчина 37 лет предъявляет жалобы на изжогу после еды и в положении «лёжа», боли за грудиной после работы в наклон и по ночам, отрыжку воздухом и чувство «тяжести» в эпигастрии после еды.

Анамнез заболевания: В юности лечился по поводу гастрита. Изжоги беспокоят много лет. В последние 3 месяца стали систематическими. Кроме того, участились эпизоды болей за грудиной.

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

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.

Результаты лабораторно-инструментального обследования (задача 5):

ан. крови общий: Эр. $5,0 \times 10^{12}/л$, Нб 155 г/л, ЦП 0,92, Тр- $442 \times 10^9/л$, Лейк $6,6 \times 10^9/л$, (эоз 3%, п/я 2%, с/я 63%, лимф- 25%, моноц.-7%), СОЭ-4 мм/ч

биохимический анализ крови: креатинин – 60 ммоль/л, амилаза 48 ед/л, общий белок 84 г/л, холестерин 6,0 ммоль/л, билирубин общ.- 13,0 мкмоль/л, пр.билирубин – 2,0 мкмоль/л, непр. билирубин- 11,0 мкмоль/л, АСТ- 18 е/л, АЛТ- 16ед/л, щелочная фосфатаза 118 г/л, γГТП 27 ед/л, сыв. Fe 15,5 мкмоль/л, глюкоза 3,6 ммоль/л.

antiHCV – «результат отрицательный», **HBsAg** – «результат отрицательный».

анализ крови на антитела к НР: «результат положительный в титре 1:20»

общий анализ мочи: цв- с/ж, нейтральная, уд.вес-1020, прозрачная, белок отр., эпит.кл.пл.- 4-6, лейкоц- 1-3, эр.0-1 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 65 в 1 минуту. Вертикальное положение ЭОС SI-QIII.

копорологическое исследование: оформленный, мягкий, коричневого цвета, рН – кислая, реакция на кровь «отрицательная». Микроскопически: мышечные волокна переваренные «++», непереваренные «+»; нейтральный жир «отр.», жирные кислоты «+», мыла «++», клетчатка непереваримая «++», крахмал внеклет. «+», внутриклет. «+», иодоф. бактерии «+»; эр., лейкоциты, эпителий, простейшие, яйца глист- не обнаружены.

ФЭГДС: Эндоскоп проведен в пищевод, далее в желудок. Пищевод не деформирован, при инсуффляции легко расправляется, проходим. Слизистая его в нижней трети гиперемирована, на вершинах складок визуализируются две эрозии протяжённостью 3 и 4 мм, покрытые фибрином. Розетка кардии расположена на 40,0 см от резцов, смыкается вяло, в просвет пищевода пролабирует слизистая желудка. Желудок в размерах не увеличен, при инсуффляции легко расправляется. Содержит слизь. Складки выражены обычно, извиты, направлены продольно. Перистальтика прослеживается. Слизистая желудка неярко диффузно гиперемирована с участками яркой гиперемии в антральном отделе (биопсия). Привратник проходим, смыкается полностью. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая ее неярко диффузно гиперемирована. Постбульбарный отдел свободен. Уреазный тест «++». **Заключение:** Хронический активный проксимальный Нр-ассоциированный гастрит. Хронический умеренно выраженный дуоденит.

результаты гистологического исследования биопсийного материала: Фрагменты слизистой оболочки желудка с умеренно-выраженной лейкоцитарно-нейтрофильной инфильтрацией собственной пластинки слизистой и подслизистого слоя. Выявлены Гр.-«отрицательные» извитые палочки.

рентгеноскопия пищевода, желудка, 12перстной кишки: Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим. Стойких сужений и дефектов наполнения не определяется. Кардия на вдохе смыкается не полностью. Желудок натощак пуст, нормотоничен. Газовый пузырь прозрачен. Перистальтика прослеживается. Рельеф слизистой не нарушен. Привратник проходим. Эвакуация своевременная. Луковица 12-перстной кишки без особенностей. **Заключение:** Недостаточность розетки кардии. Признаки хронического гастрита.

ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Печень: размеры LD=108 мм LS=53 мм, средней эхогенности, эхо-структура однородная, сосудистый рисунок не деформирован, диаметр VP = 8,3 мм. Желчный пузырь 54×21 мм, правильной формы, стенки не утолщены, холедох d=2,8 мм, внутриполостные эхо-сигналы отсутствуют. Поджелудочная железа: головка 27, тело 12 мм, хвост 21 мм. Эхогенность умеренно повышена, структура неоднородная, Вирсунгов проток не дифференцируется, контур железы чёткий. Селезенка: размеры 88 на 37, гомогенная эхоструктура, очаговых изменений нет. **Заключение:** диффузные изменения в поджелудочной железе.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №6

Жалобы: мужчина 32 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 отмечал.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирован. Питание достаточное. ИМТ 19,6 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. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 64 в мин. Пульс 64 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 пилоро-дуоденальной 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 раз утром. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Отёков нет.

Результаты лабораторно-инструментального обследования (задача 6):

ан. крови общий: Эр. $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв 131 г/л, ЦП 0,88, Тр $391,0 \times 10^9/л$, Лейк $8,3 \times 10^9/л$, (э./1%, н.п/я 2%, н.с/я 51%, лимф 41%, моноц. 5%), СОЭ-10 мм/ч.

общий анализ мочи: цвет – с/жёлт, нейтральная, уд.вес – 1020, прозрачная; *белок-следы, сахар, ацетон, желчные пигменты «отр.»*; эпит.кл.пл. 1-2, лейкоц. 2-4 в поле зрения.

анализ мочи на диастазу: 16 ед.

ан. крови на антитела к НР: результат «отрицательный»

биохимический анализ крови: креатинин – 98 мкмоль/л, общий белок 81 г/л, билирубины общ. – 14,0 мкмоль/л, прямой – 3,0 мкмоль/л, непрямой – 11,0 мкмоль/л, холестерин -5,5 мммоль/л, АСТ- 15 ед/л, АЛТ- 19 ед./л, щелочная фосфатаза -108 ед./л, амилаза 67 Ед/мл, глюкоза 4,4 мммоль/л, альбумин 49 г/л, сыв.Фе 17,7 мкмоль/л.

копрограмма: полуоформленный, мягкий, коричневатый, рН – кислая, реакция на скрытую кровь – «отр.»; мышечные волокна переваренные ++, непереваренные +, нейтральный жир ед, жирные кислоты ++, мыла ++, неперевариваемая клетчатка ++, крахмал внеклеточный +; *слизь, лейкоциты, эритроциты, эпителий, простейшие, яйца глист – не обнаружены.*

анализ крови методом ИФА anti-HCV – «результат отрицательный», HBsAg – «результат отрицательный».

группа крови В (III), Rh (+) «положительный».

ИФА на ВИЧ: «отр.»

анализ крови на антитела к Н.р: «результат положительный» (+)

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 70 уд/мин. Нормальное положение ЭОС.

ФЭГДС: Эндоскоп проведен в пищевод, далее в желудок и ДПК. Пищевод не деформирован, при инсуффляции легко расправляется, проходим. Слизистая его розовая. Розетка кардии расположена на 40,0 см от резцов, смыкается полностью. Желудок в размерах не увеличен, при инсуффляции легко расправляется. Содержит умеренное количество мутной желчи. Складки выражены обычно, извиты, направлены продольно. Перистальтика пролеживается. Слизистая неярко диффузно гиперемирована. Привратник проходим, смыкается полностью. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая ее неярко диффузно гиперемирована. Уреазный тест «слабо положительный». *Заключение:* Хронический умеренно выраженный НР ассоциированный гастродуоденит. ДГР.

УЗИ: Печень. Размеры: LD 118мм., LS 59 мм. Средней эхогенности, эхоструктура однородная. Сосудистый рисунок четкий, DVP=10 мм. очаговых изменений паренхимы печени нет. **Желчный пузырь.** Размеры: 58×19 мм, форма овальная, стенки ровные, не утолщены с точечными эхо- плотными включениями. Холедох d=2,8 мм, в полости эхо-позитивное содержимое, без акустической тени. **Поджелудочная железа.** Размеры 24×15×22 мм.

Эхогенность средняя, структура однородная. Вирсунгов проток не дифференцируется. Селезенка. Размеры 103×34 мм., эхоструктура гомогенная, очаговых изменений паренхимы селезенки нет. Через 40 мин. после приёма желчегонного завтрака желчный пузырь сократился менее, чем на 25 % исходного объёма.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, 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
«Болезни почек»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - <i>эндокринолог</i>
Направление подготовки:	31.08.53 «Эндокринология»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.4

1. Паспорт ОС по дисциплине «Болезни почек»

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 эндокринологической 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

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>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных	Зачет 2 год обучения

		<p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты;</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением; - способностью к анализу и синтезу; 	задач.	
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"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии 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 эндокринных заболеваний; - основы профилактики эндокринных заболеваний по индивидуальным алгоритмам; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактики больных эндокринологического профиля; 		
4.	ПК-2	<p>Знает: порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения больных эндокринологического профиля в поликлинике; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами профилактикой эндокринных заболеваний; 		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики эндокринных заболеваний, включающую общеклинические, лабораторные и инструментальные методы 		

	<p>диагностики;</p> <ul style="list-style-type: none"> - топографическую анатомию эндокринных желез; - основы нормальной и патологической физиологии эндокринных органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять индивидуальные алгоритмы диагностики больных эндокринологического профиля в условиях поликлиники и стационара; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - формулировать развернутый клинический диагноз у больных с эндокринными заболеваниями; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики эндокринных заболеваний с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и беременности; - методами инструментальной диагностики эндокринных заболеваний; - алгоритмами лабораторной диагностики при эндокринных заболеваниях в зависимости от предполагаемого и установленного диагноза; - методами проведения гемотрансфузии, оказания необходимой экстренной помощи при ее осложнениях; 		
--	--	--	--

6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы лекарственной терапии эндокринных заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать лечебную помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - выполнять базовую медикаментозную терапию при острых заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной системы; - проводить самостоятельный прием больных эндокринологического профиля в поликлинике; - определять объем и последовательность проведения реанимационных мероприятий; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой алгоритмов консервативного и оперативного лечения больных эндокринологического профиля при не осложненном и осложненном течении болезни; - методом оказания неотложной помощи при гипогликемии; - методом оказания неотложной помощи при диабетическом кетоацидозе; - методами коррекции метаболических нарушений при острых сердечно-сосудистых состояниях у больных сахарным диабетом; - методом тестирования чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии; - методом расчета индивидуального плана питания больного сахарным диабетом, ожирением; - методом пальпации щитовидной железы; - системой выбора адекватного экстренного лечения при токсическом шоке, анурии, кровотечениях, острой сердечно-сосудистой, легочной недостаточности и др. - методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной терапии, лечебной физкультуры, 		
----	------	---	--	--

		<p>физиотерапии и санаторного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выведения пациента из шока; - методом проведения катетеризации мочевого пузыря; - методом оказания неотложной помощи при ургентных состояниях (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, астматический статус, анафилактический шок, кровотечение и др.); - методом обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; - методом проведения непрямого массажа сердца, вентиляции легких (ПК-б); - методом остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения; - методом непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиальный удар; - методом закрытого массажа сердца; - методом сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации; - методом введения препаратов внутривенно; - методом иммобилизации конечностей и позвоночника при травме; 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы реабилитации эндокринных больных по индивидуальным алгоритмам; - методы физиотерапии и ЛФК больных эндокринологического профиля; - показания к санаторному лечению больных эндокринологического профиля; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать лечебно-диагностическую работу по эндокринологии в условиях поликлиники и стационара; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных эндокринологического профиля после оперативного и консервативного лечения с использованием адекватной диеты, водного режима, лекарственной поддержки, лечебной физкультуры, физиотерапии и санаторного лечения; - методами профилактики эндокринных 		

	заболеваний.		
--	--------------	--	--

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 жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</i>	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,</i>

	<p><i>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><i>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-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: <u>Не способен</u> <i>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-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</i></p>

	<i>медицинской помощи</i>	
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: <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: <i>Не способен <u>применять</u> природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</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, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

- А. Повышение АД
- Б. Сердцебиение
- В. Отеки
- Г. Дизурия

2. АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА НЕ МЕНЕЕ:

- А. 1 кг анальгетиков в год
- Б. 100 г в год
- В. 10 г в год
- Г. 5 г в год

3. РЕЖЕ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА:

- А. Сахарный диабет
- Б. Прием гормональных контрацептивов
- В. Ревматоидный артрит
- Г. Беременность

4. ПОНЯТИЮ СМЕШЕННОГО НЕФРИТА СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМОВ:

- А. Нефритический + почечная недостаточность
- Б. Мочевой + гипертония
- В. Нефротический + гипертония
- Г. Почечная недостаточность + гипертония

5. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА, КОТОРЫЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕЖЕ:

- А. Лекарственные
- Б. Вирусные
- В. Бактериальные
- Г. Травматические

6. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ:

- А. Тетрациклины
- Б. Полусинтетические пенициллины
- В. Левомецетин
- Г. Фторхинолоны

7. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ:

- А. Альфа- метилдопа
- Б. Клонидин (клофелин)
- В. Ингибиторы АПФ
- Г. Мочегонные

8. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ (ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ) ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Реополиглюкин
- Б. Диуретики

В. Свежезамороженная плазма

Г. Сульфат магния

9. АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ УРОВЕНЬ АД РАВНЫЙ И БОЛЕЕ:

А. 120/70 мм. рт. ст

Б. 130/80 мм. рт. ст

В. 135/85 мм. рт. ст

Г. 140/90 мм. рт. ст

10. ТРИАДА КЛИНИКИ СИНДРОМА РЕЙТЕРА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

А. Уретрит, менингит, конъюнктивит

Б. Уретрит, конъюнктивит, полиартрит

В. Проктит, простатит, цистит

Г. Менингит, полиартрит, уретрит

11. ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

А. Острого пиелонефрита

Б. Некроза канальцев

В. Нефритического синдрома

Г. Амилоидоза почек

12. БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА ОСТРЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРОМЕЖНОСТИ, ОТДАЮЩИЕ В КРЕСТЕЦ И НАДЛОБКОВУЮ ОБЛАСТЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА ДО 39,50С. МОЧЕИСПУСКАНИЕ ЗАТРУДНЕНО, БОЛЕЗНЕННО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ЧТО У БОЛЬНОГО:

А. Острый цистит

Б. Аденома предстательной железы

В. Рак предстательной железы

Г. Острый простатит

13. БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (85 Г/Л). ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

А. Поражение почек при артериальной гипертензии

Б. Миеломная болезнь

В. Амилоидоз

Г. Хронический пиелонефрит

14. У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОБОИХ ПОДРЕБЕРЬЯХ ПАЛЬПИРУЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ, БУГРИСТЫЕ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ. ИМЕЮТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ:

А. Об удвоении почек

Б. О поликистозе почек

В. О раке почки

Г. О хроническом пиелонефрите

15. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Олететрин

Б. Норфлоксацин

В. Метронидазол
Г. Нистатин

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Больной Н., 18 лет, обратился к врачу с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,7⁰С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №2

Больной В., 26 лет, обратился ко врачу с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2⁰ С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №3

Больная Н., 32-х лет, обратилась ко врачу с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).

3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №4

Участковый терапевт вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №5

Вызов врача на дом к больной Н., 42 лет. Жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

Объективно: температура 37,3⁰С. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №6

Вы – участковый терапевт. Обращается мужчина 40 лет с жалобами на головную боль, отеки на лице, ногах, пояснице, тупые боли в посничной области, уменьшение количества выделяемой мочи. Заболел неделю назад, после сильного переохлаждения.

Объективно: лицо бледное, отечное. Пульс – 80 в минуту, слегка напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).

3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №7

Вызов на дом к женщине 32 лет, которая жалуется на подъем температуры до 38-38,5 градусов, ознобы, слабость, тошноту; рези при мочеиспускании, боли в пояснице справа. Отделяемая моча мутная. Заболела остро, подобные жалобы появились вчера.

Объективно: кожные покровы бледноваты, влажные, горячие на ощупь; T=38,7 градусов. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс =88 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При пальпации поясничной области справа определяется болезненность. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №8

Больной А., 23 лет, бухгалтер, жалуется на постоянное ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, без иррадиации, повышение температуры до 37,5°C, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи цвета мясных помоев, слабость, недомогание. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до 37,4°C, 3 дня назад проснулся с отеками под газами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, появился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки под глазами и на пояснице. Легкая пастозность стоп, голеней. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 18 в 1 мин., над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 58 в 1 мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л, эр. – 3,21012/л, лейкоц. – 11109/л, э – 2%, п – 6%, с – 73%, л – 19%, СОЭ – 38 мм/ч. Общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой – 4,3 мкмоль/л, непрямой – 17,5 мкмоль/л; общий белок – 65 г/л; мочевины – 8,1 ммоль/л; креатинин – 190 мкмоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л. 3. ОАМ: цвет красно – бурый, отн. плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эп. плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – выщелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №9

Больная Р., 28 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на появление отечности век, особенно выраженных по утрам, проходящих к обеду; головные боли, головокружение, кожный зуд, выделение мочи цвета мясных помоев, общую слабость. Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 12 лет, когда впервые стала появляться отечность век по утрам, быстро проходящая. Не лечилась и не обследовалась, так как отеки проходили самостоятельно в течение дня. Два года назад, на протяжении всей беременности отмечала постоянные отеки на лице, головные боли, сердцебиение и повышение АД до 200/140 мм рт.ст. После родов АД больная не контролировала, головные боли, сердцебиение и отеки не беспокоили. Настоящее ухудшение самочувствия в течение 3 дней, связано с переохлаждением: на следующий день появились отеки на лице, головные боли, моча приобрела цвет «мясных помоев». Объективно: Больная заторможена. Астеник. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженная отечность под глазами, одутловатость лица, мягкие отеки по всему телу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 155/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок разлитой, на 1 см кнаружи от левой СКЛ, умеренной силы и резистентности. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин., приглушены, I тон над верхушкой ослаблен, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×8×6 см. Пальпация в проекции почек безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 88 г/л, эр. – $2,6 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $7,0 \times 10^9/л$, э – 2%, п – 4%, с – 64%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 18 мм/час.
2. ОАМ: красноватого цвета, прозрачность снижена; рН – нейтр.; отн. плотность – 1,012; белок – 0,07 г/л, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – сплошь в п.зр., эп. почечный – 5 - 6 в п.зр., цилиндры: гиалиновые – 3-4 в п.зр., зернистые – 1-2 в п.зр, восковидные – 1-2 в п.зр.
3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – $3,0 \times 10^6/л$, эр. – $10,0 \times 10^6/л$, цилиндры – $2,0 \times 10^6/л$.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

ЗАДАЧА №10

Больная С., 42 лет, предъявляет жалобы на головную боль, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, ноющие боли в поясничной области, рези в конце мочеиспускания, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 20 лет, когда впервые появились рези при мочеиспускании, лечилась настоями трав, за медицинской помощью не обращалась. Иногда при появлении резей после мочеиспускания больная отмечала появление болей в поясничной области. Около 8 лет больная отмечает повышение АД, проявляющееся головными болями, головокружением. Постоянной гипотензивной терапии не получает. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда после переохлаждения появились рези после мочеиспускания и боли в поясничной области, повысилась температура до 38,2°C. Самостоятельно лечилась отваром семени укропа, амоксициллином. Температура постепенно снизилась, боли в пояснице уменьшились, однако рези в конце мочеиспускания сохранялись, усилились головные боли, головокружение и появились боли в области сердца. Объективно: Температура тела 37,2°C. Бледность кожных покровов. Одутловатость лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, хорошего наполнения и напряжения. АД 150/105 мм рт.ст. Правая граница относительной тупости сердца - на 1 см правее грудины в IV межреберье, верхняя - в III межреберье, левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 112 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,88; тромбоциты – $220 \times 10^9/л$, лейкоц. - $11,7 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 12%, с – 67%, л – 15%, м – 4%, б – 1%, СОЭ - 24 мм/час.
2. ОАМ: мутная, отн. плотность – 1,015; белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 10 -20 в п.зр., эр. - нет, эп. - ед. в п.зр.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания (ПК-1).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-1, ПК-6).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (УК-2, ПК-2).

**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: 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника: врач - эндокринолог

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	Пальпация щитовидной железы	100
2	Определение симптомов Хвостека, Вейса, Труссо	60
3	Определение теста толерантности к глюкозе	100
4	Определение болевой, температурной, тактильной и вибрационной чувствительности стоп при диагностике диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом	60
5	Оказание неотложной помощи при гипогликемической коме	20
6	Оказание неотложной помощи при кетоацидотической коме	20

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**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 производственной (клинической) практике
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: *31.08.53 Эндокринология*

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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 эндокринологической 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 эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической 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

Определите симптомы Хвостека, Вейса, Труссо (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук	
Выбор средств для выполнения манипуляции	Наборы результатов гормональных анализов, у больных с эндокринной патологией	
Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования.	

Алгоритм действий	Специфической подготовки к проведению исследования не требуется	
Особенности выполнения методики	<p>Симптом Хвостека Симптом Хвостека (или «феномен лицевого нерва») вызывается постукиванием перкуSSIONным молоточком или пальцем по стволу лицевого нерва у места его выхода около наружного слухового прохода, вслед за чем у больного тетанией наступает сокращение соответствующей стороны лицевых мышц.</p> <p>Симптом Вейса Выявляется при постукивании у наружного края глазницы (по верхней веточке лицевого нерва). возникает сокращение круглой мышцы век и лобной.</p> <p>симптом Труссо. Устанавливают его сильно перетягивая (до исчезновения пульса) плечо жгутом или резиновой манжетой аппарата для измерения артериального давления</p>	
Оценка достигнутых результатов	<p>Различают три степени симптома Хвостека: «Хвостек I» — когда сокращаются мышцы всей области, иннервируемой лицевым нервом; «Хвостек II» — сокращаются мышцы в области крыла носа и угла рта; «Хвостек III» — сокращаются только мышцы угла рта.</p> <p>Безусловное диагностическое значение имеет только «Хвостек I». При явной тетании он отчетливо выражен даже при легком прикосновении в области ствола лицевого нерва. «Хвостек II» и «Хвостек III» всегда положительны при скрытом гипопаратиреозе, но диагностическая ценность их невелика, т. к. они могут быть положительными и при других заболеваниях, не связанных с гипопаратиреозом: неврастении, истерии, астении, истощении и др.</p> <p>Симптом Вейса возникает сокращение круглой мышцы век и лобной.</p> <p>Симптом Труссо При положительном симптоме Труссо спустя 2—3 мин, а иногда почти сразу, в перетянутой руке наступает типичное тетаническое сведение кисти с положением ее в виде «руки акушера»; появлению судорог предшествует чувство онемения и болезненности пальцев.</p>	
Оформление медицинской документации	Выполнена запись в медицинской документации о результатах проведенной манипуляции.	

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 навыка и не менее двух специальных навыка. 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.

№ 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, пра-вила 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
-------	--	--

		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 плевральной 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. Продемонстрируйте выполнение теста толерантности к глюкозе (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук	
Выбор средств	Наборы результатов лабораторных исследований,	

для выполнения манипуляции	данных гликемического профиля и показатели теста толерантности к глюкозе	
Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем измерении. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения или согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента	
Алгоритм действий	<p>Глюкозотолерантный тест.</p> <p>Суть метода заключается в измерении у пациента уровня глюкозы крови натощак, затем в течение 5 минут предлагается выпить стакан теплой воды, в котором растворили глюкозу (75 грамм, у детей 1,75г. на кг массы тела). Через 2 часа вновь измеряют уровень сахара в крови повторно.</p> <p>Гликемический профиль – это динамическое наблюдение за уровнем сахара в крови в течение суток. Обычно производят 6 или 8 заборов крови из пальца для определения уровня глюкозы: перед каждым приемом пищи и через 90 минут после еды.</p> <p>Определение гликемического профиля проводится пациентам, принимающим инсулин или таблетированные препараты по поводу сахарного диабета. Благодаря такому динамическому наблюдению за уровнем глюкозы крови можно определить насколько назначенная терапия позволяет достичь целевых значений гликемии.</p>	
Особенности выполнения методики	<p>При проведении глюкозотолерантного теста необходимо соблюдать следующие условия:</p> <p>обследуемый в течение не менее трех дней до пробы должен соблюдать обычный режим питания (с содержанием углеводов > 125—150 г в сутки) и придерживаться привычных физических нагрузок;</p> <p>исследование проводят утром натощак после ночного голодания в течение 10-14 часов (в это время нельзя курить и принимать алкоголь);</p> <p>во время проведения пробы пациент должен спокойно лежать или сидеть, не курить, не переохлаждаться и не заниматься физической работой;</p> <p>тест не рекомендуется проводить после и во время стрессовых воздействий, истощающих заболеваний, после операций и родов, при воспалительных процессах, алкогольном циррозе печени, гепатитах, во время менструаций, при заболеваниях ЖКТ с нарушением всасывания глюкозы;</p> <p>перед проведением теста необходимо исключить лечебные процедуры и прием лекарств (адреналина, глюкокортикоидов, контрацептивов, кофеина,</p>	

	мочегонных препаратов тиазидного ряда, психотропных средств и антидепрессантов). Ложнопозитивные результаты наблюдаются при гипокалиемии, дисфункции печени, эндокринопатиях	
Оценка достигнутых результатов	Уровень глюкозы в крови менее 7,8 ммоль/л (через 2 часа после нагрузки глюкозой) считается нормой. При уровне более 7,8, но менее 11,0 ммоль/л результат теста расценивается как нарушение толерантности к глюкозе. При уровне глюкозы в крови более 11,0 ммоль/л результат оценивается как наличие сахарного диабета	
Оформление медицинской документации	Выполнена запись в медицинской документации о результатах проведенной манипуляции	

2. Проведите пальпацию щитовидной железы (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук	
Выбор средств для выполнения манипуляции	Антисептическое средство для обработки рук Дезинфицирующее средство Мыло жидкое Одноразовое полотенце Стул (при проведении измерений в положении сидя) Емкость для дезинфекции	
Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем обследовании щитовидной железы. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения или согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента	
Алгоритм действий	Подготовка к процедуре: <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить, цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить 3. Выполнение процедуры: 	

Пальпация двумя руками из заднего доступа. Врач становится за спиной больного и кладет кончики вторых и третьих пальцев обеих рук на среднюю линию шеи. Они должны располагаться на ширину пальца (2 см) выше вырезки грудины и на 1,5 см кнутри от медиального края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Из этого положения сначала стараются определить перешеек (ниже перстневидного хряща и выше вырезки грудины), а затем пальпируют доли щитовидной железы. При обнаружении узлов или асимметрии железы, измененная доля тщательно пальпируется. При этом одной рукой фиксируют трахею, а другой пальпируют долю железы.

Так же как и при визуальном осмотре, небольшое сгибание и поворот шеи могут способствовать выявлению инфильтрата, узла или асимметрии железы. Например, чтобы лучше пальпировать правую долю щитовидной железы, попросите больного согнуть голову и повернуть ее вправо. Противоположное действие выполняется при пальпации левой доли. И, наконец, попросите больного сделать несколько глотательных движений, одновременно пальпируя движущуюся железу.

Небольшое разгибание шеи (10°) может способствовать пальпации загрудинного зоба, поскольку поднимает его верхушку в удобную для исследования позицию.

Пальпация щитовидной железы из переднего доступа. Стоя лицом к больному, пальпируйте каждую долю железы большим и указательным пальцами одной руки. Как было описано выше, пальпация выполняется строго между грудино-ключично-сосцевидными мышцами.

4. Сообщить результат исследования
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить
6. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию

Особенности выполнения методики	Выполнять процедуру в зависимости состояния больного (сидя или стоя)	
Оценка достигнутых результатов	Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации	
Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации	

3. Определите вибрационную, температурную и тактильную чувствительности стоп у больных сахарным диабетом (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук	
Выбор средств для выполнения манипуляции	Для определения нарушений вибрационной чувствительности используется градуированный камертон или биотезиометр с частотой колебаний 128 Гц. Нарушения температурной чувствительности выявляются при помощи приборов – периферических температурных анализаторов с разностью температур между холодным и теплым концами в 23 ⁰ С Для определения порога тактильной чувствительности используется монофиламент	
Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем обследовании. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования	
Алгоритм действий	Подготовка Следует успокоить пациента, сообщив ему, что обследование безболезненно	
Особенности выполнения методики	Вибрационная чувствительность. Исследование проводится в стандартных точках: дистальный конец ногтевой фаланги 1-го пальца стопы и область проекции дистальной головки 1-й плюсневой кости Температурная чувствительность. Начиная с дистальных отделов нижней конечности, прибор поочередно прикладывается холодным и теплым концом к различным участкам кожи стопы, голени и выше. Тактильная чувствительность. Оценивают чувствительность на больших пальцах стоп, тыльной поверхности стопы между первой и второй плюсневыми костями, на подошве в области головок 1, 3 и 5 плюсневых костей. Исследование чувствительности необходимо производить в спокойном и расслабленном состоянии Сначала монофиламентом нужно дотронуться до кожи рук (или локтя, или предплечья), для того, чтобы пациент знал, какого ощущения ожидать; пациент не должен видеть, когда и где исследующий прикасается филаментом (на рисунке 1 изображены	

	<p>три места, которые необходимо исследовать: подошвенная поверхность дистальной фаланги большого пальца стопы, подошвенная поверхность дистальной головки I и V плюсневой кости)</p> <p>При прикосновении монофиламент должен прогнуться,</p> <p>монофиламент необходимо располагать перпендикулярно поверхности кожи; общая продолжительность процедуры, включая контакт с кожей и удаление монофиламента, должна быть приблизительно 2 секунды; монофиламент не должен касаться язвы, мозоли, шрама или некротических тканей;</p> <p>прикоснитесь монофиламентом к коже и спросите пациента, чувствует ли он прикосновение (да/нет) и затем, где он чувствует прикосновение (левая/правая стопа); повторите прикосновение дважды в одной и той же точке, а также еще одно из прикосновений должно быть ложным, при котором исследующий не прикасается монофиламентом (всего три вопроса на одну точку)</p>	
Оценка достигнутых результатов	<p>Вибрационная чувствительность. Порогом вибрационной чувствительности считается значение по шкале камертона в момент, когда больной перестает ощущать вибрацию</p> <p>Температурная чувствительность. Тот уровень, с которого пациент начинает ощущать разницу температур, является порогом температурной чувствительности</p> <p>Тактильная чувствительность тактильная чувствительность не нарушена, если пациент ощущает два из трех прикосновений; тактильная чувствительность нарушена, если пациент не ощущает два прикосновения</p>	
Оформление медицинской документации	Выполнена запись в медицинской документации о результатах проведенной манипуляции	

4. Определите симптомы Хвостека, Вейса, Труссо (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук	

Выбор средств для выполнения манипуляции	Наборы результатов гормональных анализов, у больных с эндокринной патологией	
Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования.	
Алгоритм действий	Специфической подготовки к проведению исследования не требуется	
Особенности выполнения методики	Симптом Хвостека Симптом Хвостека (или «феномен лицевого нерва») вызывается постукиванием перкуSSIONным молоточком или пальцем по стволу лицевого нерва у места его выхода около наружного слухового прохода, вслед за чем у больного тетанией наступает сокращение соответствующей стороны лицевых мышц. Симптом Вейса Выявляется при постукивании у наружного края глазницы (по верхней веточке лицевого нерва). возникает сокращение круглой мышцы век и лобной. симптом Труссо. Устанавливают его сильно перетягивая (до исчезновения пульса) плечо жгутом или резиновой манжетой аппарата для измерения артериального давления	
Оценка достигнутых результатов	Различают три степени симптома Хвостека: «Хвостек I» — когда сокращаются мышцы всей области, иннервируемой лицевым нервом; «Хвостек II» — сокращаются мышцы в области крыла носа и угла рта; «Хвостек III» — сокращаются только мышцы угла рта. Безусловное диагностическое значение имеет только «Хвостек I». При явной тетании он отчетливо выражен даже при легком прикосновении в области ствола лицевого нерва. «Хвостек II» и «Хвостек III» всегда положительны при скрытом гипопаратиреозе, но диагностическая ценность их невелика, т. к. они могут быть положительными и при других заболеваниях, не связанных с гипопаратиреозом: неврастении, истерии, астении, истощении и др. Симптом Вейса возникает сокращение круглой мышцы век и лобной. Симптом Труссо При положительном симптоме Труссо спустя 2—3 мин, а иногда почти сразу, в перетянутой руке наступает типичное тетаническое сведение кисти с положением ее в виде «руки акушера»; появлению судорог предшествует чувство онемения и	

	болезненности пальцев.	
Оформление медицинской документации	Выполнена запись в медицинской документации о результатах проведенной манипуляции.	

5. Продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи при гипогликемической коме (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Вводные действия	Оценить ситуацию, убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	
	Оценить состояние сознания	
	Оценить наличие укладки	
	Оценить возможность определения глюкозы крови	
	Надеть перчатки	
А. Положение больного	Обеспечить правильное положение пациента	
В. Оценка состояния углеводного обмена, дифференциальная диагностика диабетической комы	Срочное исследование глюкозы крови	
С. Оценить состояние кожных покровов, тургора тканей	Осмотр кожных покровов, оценка тургора тканей	
Д. Оценка проходимости дыхательных путей	Оценить проходимость дыхательных путей	
Е. Оценка функции легких	Оценить ЧДД	
	Перкуссия легких	
	Аускультация	
F. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы	Периферический пульс	
	АД	
	Аускультация сердца	
	ЭКГ	
G. Оценка неврологического статуса	Признаки очагового поражения ЦНС	
	Наличие судорог	
	Реакция зрачков на свет	

Н. Оценка общего состояния	Оценка общего состояния	
И. Вызов бригады скорой медицинской помощи	Передача информации о состоянии пациентки, предварительный диагноз	
J. Оказание неотложной помощи	Р-р глюкозы 40% 40,0 мл внутривенно струйно	
	Р-р глюкозы 40% 40,0 мл внутривенно струйно повторно еще 60,0 мл (не более 100,0 мл в целом!)	
	Раствор глюкозы 5% внутривенно капельно до нормализации гликемии	
К. Параметры контроля эффективности	Повторное измерение АД, ЧСС	
	Повторное измерение глюкозы крови портативным глюкометром	

6. Продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи при кетоацидотической коме (УК-2, ПК-6).

Этапы выполнения манипуляции	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Вводные действия	Оценить ситуацию, убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	
	Оценить состояние сознания	
	Оценить наличие укладки	
	Оценить возможность определения глюкозы крови	
	Надеть перчатки	
А. Положение больного	Обеспечить правильное положение пациента	
В. Оценка состояния углеводного обмена, дифференциальная диагностика диабетической комы	Срочное исследование глюкозы крови	
С. Оценить состояние кожных покровов, тургора тканей	Осмотр кожных покровов, оценка тургора тканей	
Д. Оценка проходимости дыхательных путей	Оценить проходимость дыхательных путей	
Е. Оценка функции	Оценить ЧДД	

легких	Перкуссия легких	
	Аускультация	
F. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы	Периферический пульс	
	АД	
	Аускультация сердца	
	ЭКГ	
G. Оценка неврологического статуса	Признаки очагового поражения ЦНС	
	Мышечный тонус, сухожильные рефлексy	
	Наличие судорог	
	Реакция зрачков на свет	
H. Оценка общего состояния	Оценка общего состояния	
I. Вызов бригады скорой медицинской помощи	Передача информации о состоянии пациентки, предварительный диагноз	
J. Оказание неотложной помощи	Контроль клинического состояния, мониторинг пульса, АД до приезда бригады скорой медицинской помощи	
K. Параметры контроля эффективности	Повторное измерение АД, ЧСС	
	Повторное измерение глюкозы крови портативным глюкометром	

**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: 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника: врач - эндокринолог

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 обследования пациентов с эндокринной патологией	
2.	Методика лабораторного обследования пациента с эндокринной патологией	
3.	Определение функции и состояния щитовидной железы	
4.	Определение функции и состояния паращитовидных желез	
5.	Определение состояния наружных гениталий	
6.	Оценка функции надпочечников	
7.	Определение всех видов чувствительности при диагностике диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом	
8.	Определение состояния стоп у больных сахарным диабетом	
9.	Назначение комплекса лечебно-профилактических мероприятий пациентам с различной эндокринной патологией	
10.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
11.	Оказание неотложной помощи при кетоацидозе	
12.	Оказание неотложной помощи при гипокальциемии	
13.	Экспертиза временной нетрудоспособности больных с эндокринной патологией	
14.	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: **31.08.53 Эндокринология**

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

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 эндокринологической 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 эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

		лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической 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:

Юноша 17 лет предъявляет жалобы на избыточный вес, частые головные боли. Избыточный вес наблюдается с 5 лет. В возрасте 11-12 лет был выше сверстников. При осмотре: рост 180 см, вес 110 кг. Лицо округлое. Розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слабоболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

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

Больная Н., 30 лет, направлена на приём к эндокринологу гинекологом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 12 кг за данный период. Неоднократно обморочные состояния, резкая слабость

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 2,5 лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы. Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога. Наследственность: мать в течение 20 лет страдала СД 1 типа с тяжелым течением заболевания.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост 167 см, вес 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 60 уд./мин., сниженного наполнения, ненапряжен. АД 95/60 мм рт.ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к запорам. Мочевыделение учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков не выявлено.

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

Больная С., 43 года, мед.сестра, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: на общую слабость, прибавку массы тела, головные боли, подъемы АД до 190/100 мм рт.ст, сухость во рту и умеренную жажду, боли в костях и позвоночнике, нарушение менструальной функции.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 2-4 лет. В течение нескольких месяцев прибавка массы тела составила 10-13 кг, появились розовые стрии в

области передней брюшной стенки, нарушение менструальной функции, 2-3 месяца - аменорея. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной черепно-мозговой травмой и стрессовой ситуацией.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний - частые вирусные инфекции и бронхиты, гонартроз. Операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 11 лет, роды – 1, вес ребенка при рождении 4,4 кг. Наследственность: гипертоническая болезнь, СД 2 типа и ранняя менопауза у матери.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 115 кг, с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области передней брюшной стенки, туловища. Объем талии 122 см, объем бедер 110 см. Кожные покровы повышенной жирности, акне в области спины. В области плеч, бедер, передней брюшной стенки отмечаются розовые стрии. Избыточный рост волос над верхней губой, в области подбородка, белой линии живота, внутренней поверхности бедер. Пульс 76 уд. в мин., хорошего наполнения, не напряжен. АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность 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).

№3

Пациентка Г, 15 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

Данные осмотра: рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ 28 кг/м², ОТ/ОБ 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота и плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД 135/90 мм рт. ст.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после приема 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови. Малая дексаметазоновая проба: 591 нмоль/л (норма 120 – 400 нмоль/л) исходно и 202 нмоль/л (результат после проведения).

УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

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

Пациентка М, 20 лет, жалуется на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

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

Юноша 17 лет предъявляет жалобы на избыточный вес, частые головные боли. Избыточный вес наблюдается с 5 лет. В возрасте 11-12 лет был выше сверстников. При осмотре: рост 180 см, вес 110 кг. Лицо округлое. Розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. Щитовидная железа типично расположена, мягкая при пальпации, узлы не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слабоболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Склонность к диарее. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре

отеков не выявлено.

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

Пациентка Н, 35 лет, обратилась на прием к терапевту.

Из анамнеза: похудела на 9 кг за 3 месяца, аппетит снижен, нарастает слабость, утомляемость. Ранее ничем не болела кроме нечастых ОРВИ, ангин. Работает медицинской сестрой в терапевтическом отделении. Мать пациентки страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: вялая, адинамичная. Отмечается коричневатая окраска кожи, участки пигментации на слизистой полости рта. Щитовидная железа небольших размеров, плотная с неровной поверхностью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 90/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений и отеков нет. Со стороны костно-суставной системы при объективном обследовании патологии не отмечено.

Общий анализ крови: Нв 130 Г/л, лейкоциты 4,2 Г/л, эозинофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 58%, лимфоциты 35%, моноциты 3%, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи: сол./желт., кислая, уд. вес 1015, белка нет, лейкоциты единичные в п/зр. Глюкоза крови натощак 3,3 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 5,6 ммоль/л, общий белок 70 г/л, билирубин непрямой 12 ммоль/л, прямого нет, калий 5,4 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

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

Пациент Е. 28 лет, жалуется на избыточный вес, головные боли. За последний год вес увеличился на 10 кг, стало повышаться артериальное давление до 170/100 мм рт.ст.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживается. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 170/100 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года.

При осмотре: рост 164 см, вес 98 кг. Лицо лунообразное, кожа на нем с багровым оттенком. Избыточное отложение жира на животе и бедрах. Отмечаются красные полосы растяжения на коже живота и плеч. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. Глюкоза капиллярной крови натощак 6,5 ммоль/л.

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

Больная К. 40 лет обратилась в частную клинику к эндокринологу

Жалобы: на прогрессирующее ожирение, нарушение менструального цикла, рост волос на лице, жажду, сухость во рту. За 2 года прибывла в весе на 16 кг. В течение этого же времени отмечает повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст. В последнее время часто наблюдаются гнойничковые заболевания кожи.

При осмотре: рост 160 см, вес 102 кг. Отложение жира в области лица (лунообразное лицо), верхней части туловища и живота. Рост волос на подбородке и над верхней губой. На коже живота стрии багрового цвета. АД 170/110 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Пастозность голеней. Глюкоза капиллярной крови натощак - 7,2 ммоль/л. Общий анализ крови: Нв 150 г/л, лейкоциты 10, 2 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы 76%, лимфоциты 20%, моноциты 4%, СОЭ 15 мм/ч.

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

Пациентка А., 56 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу язвы желудка в бессознательном состоянии

При осмотре: пациентка среднего роста, лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и

верхней части живота. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество акне. Границы сердца расширены влево. Пульс 92 уд/минуту. Артериальное давление 200/110 мм рт.ст. В крови эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, лимфоцитопения.

Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия, гипокалиемия. При специальном исследовании установлено снижение содержания АКТГ и увеличение содержания кортизола в плазме крови.

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

Больной М., 50 лет, водитель, поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы: на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы повышения артериального давления до 220/120 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 5 лет, когда впервые появились головные боли, утомляемость, одышка, приступы повышения артериального давления. Лечился у терапевта по поводу гипертонической болезни. Антигипертензивная терапия неэффективна, в последнее время приступы с резким повышением артериального давления участились. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, тахикардией, бледностью кожных покровов, тошнотой, рвотой, болями в животе.

Анамнез жизни: частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственность: гипертоническая болезнь, ишемический инсульт у матери.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое. Пониженного питания, холодные конечности, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. Кожные покровы влажные.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 98 уд./мин., АД 230/120 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков не выявлено.

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

Больной Т., 46 лет, слесарь - автомеханик, обратился на приём к терапевту.

Жалобы: на выраженную общую и мышечную слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатию, снижение аппетита, тошноту, рвоту, потерю веса на 10 кг за последний год. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы потливости, дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 1 года, когда впервые появились перечисленные жалобы. Отмечает ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, участились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит. Уровень глюкозы крови не контролировал.

Заболевание связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций.

В сопровождении родственников обратился на прием к участковому терапевту и был направлен к эндокринологу.

Анамнез жизни: в анамнезе хронический панкреатит с частыми обострениями, гастрит с секреторной недостаточностью. Наблюдается у гастроэнтеролога. Злоупотребляет алкогольными напитками, курит 1-2 пачки в день.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, адинамичен, с замедленной речью. Кожные покровы сухие со сниженным тургором, подкожная жировая клетчатка слабо выражена, витилиго. В местах трения, на ладонных линиях и в области ареол сосков наблюдается незначительная гиперпигментация.

Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 74 уд./мин., сниженного наполнения. АД 100/60 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

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 С., 29 лет, направлена на приём к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 10 кг за данный период. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 3-х лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы. Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее была направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога. Менархе с 12 лет, роды – 2, вес детей при рождении 3,0 кг, 3,7 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность: мать в течение 20 лет страдала сахарным диабетом 1 типа.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост – 167 см, вес – 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 уд./мин., сниженного наполнения, ненапряжен. АД 100/60 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. При осмотре отеков не выявлено.

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).

№13

Больная 38 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодические подъемы артериального давления до 190/90 мм. рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугода 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет не предпринималось никаких оперативных и других вмешательств. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервной обстановкой в семье и на новой работе. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. При общем и биохимическом анализе крови, включавшем исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

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

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту и потерю веса. Вышеуказанные симптомы беспокоят примерно год, симптоматика прогрессивно нарастает.

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы гиперпигментированы, преимущественно в области ладонных складок, тыла кистей, лица, отмечается гипотрофия мышц. АД 90/50 мм рт. ст., ЧСС 87 в мин.

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

Женщина 35 лет похудела на 9 кг за 3 месяца, аппетит снижен, нарастает слабость, утомляемость. Ранее ничем не болела кроме нечастых ОРВИ, ангин. Работает медицинской сестрой в терапевтическом отделении. Мать пациентки страдает ревматоидным артритом. При осмотре больная вялая, адинамичная. Отмечается коричневатая окраска кожи, участки пигментации на слизистой полости рта. Щитовидная железа небольших размеров, плотная с неровной поверхностью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений и отеков нет. Со стороны костно-суставной системы при объективном обследовании патологии не отмечено. Общий анализ крови: Нв 130 Г/л, лейкоциты 4,2 Г/л, эозинофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 58%, лимфоциты 35%, моноциты 3%, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи: сол./желт., кислая, уд. вес 1015, белка нет, лейкоциты единичные в п/зр. Глюкоза крови натощак 3,3 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 5,6 ммоль/л, общий белок 70 г/л, билирубин не прямой 12 ммоль/л, прямого нет, калий 5,4 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

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

Больная К. 40 лет обратилась в клинику с жалобами на прогрессирующее ожирение, нарушение менструального цикла, рост волос на лице, жажду, сухость во рту. За 2 года прибывла в весе на 16 кг. В течение этого же времени отмечает повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст. В последнее время часто наблюдаются гнойничковые заболевания кожи.

При осмотре: рост 160 см, вес 102 кг. Отложение жира в области лица (лунообразное лицо), верхней части туловища и живота. Рост волос на подбородке и над верхней губой. На коже живота стрии багрового цвета. АД 170/110 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Пастозность голеней. Глюкоза капиллярной крови натощак - 7,2 ммоль/л. Общий анализ крови: Нв 150 г/л, лейкоциты 10, 2 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы 76%, лимфоциты 20%, моноциты 4%, СОЭ 15 мм/ч.

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 16 лет, жалуется на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза известно, что избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число — 12 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер.

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

Больная 16 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела.

В анамнезе: перенесенная черепно-мозговая травма.

При осмотре: рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ 28 кг/м², ОТ/ОБ 0,92, распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота; плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД 135/90 мм рт. ст. При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после теста с 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови, малая дексаметазоновая проба 591 нмоль/л (норма 120–400, исходно) и 202 нмоль/л (в результате). При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) — тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки — 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

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

Больной 44 лет, поступил в клинику с жалобами на потерю 15 кг веса последние 5 лет, выраженное диффузное потемнение кожных покровов, снижение аппетита. Отмечает резкую слабость, периодические мышечные и суставные боли, выраженный кожный зуд, усиливающийся во второй половине дня, выпадение волос, склонность к запорам, полную потерю работоспособности. Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появился кожный зуд, вначале эпизодический и неинтенсивный, последние 3 года — практически постоянный. С этого же времени стал отмечать очаговое потемнение кожных покровов открытых участков тела. Год назад окрашивание стало диффузным. С этого же времени отмечает появление выраженной слабости, снижение аппетита, прогрессирующую потерю веса, появление миалгий и артралгий, выпадение волос. Семейный анамнез — без особенностей. Из перенесенных заболеваний — пневмония 10 лет назад.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы диффузно интенсивно окрашены в бронзово-коричневый цвет с большей выраженностью на открытых участках, места трения и ладонные складки - интенсивного коричневого цвета. Слизистые полости рта с очагами гиперпигментации. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии 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).

№20

Больная 38 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодические подъемы артериального давления до 190/90 мм рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугода 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет не предпринималось никаких оперативных и других вмешательств. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервной обстановкой в семье и на новой работе. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. При общем и биохимическом анализе крови, включавшем исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

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

Пациентка 43 лет была направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии.

Из анамнеза: полгода назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии.

В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Какие-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

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

Пациент 37 лет обратился к кардиологу с жалобами на стойкое повышение артериального давления до 210/100 мм рт.ст. на протяжении последнего года. Участковым терапевтом пациенту назначались различные гипотензивные препараты без стойкого эффекта. После приема мочегонных (гипотиазид) у пациента появлялась резкая мышечная слабость, перебои в работе сердца. При обследовании в клинике кардиологии у пациента была выявлена гипокалиемия — 2,6 ммоль/л, в связи с чем был заподозрен первичный гиперальдостеронизм. При гормональном исследовании уровень альдостерона составил 950 пмоль/л (норма 111–860 пмоль/л), в связи с чем пациент был направлен к эндокринологу.

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

Пациентка А., 56 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу язвы желудка в бессознательном состоянии

При осмотре: пациентка среднего роста, лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и верхней части живота. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество акне. Границы сердца расширены влево. Пульс 92 уд/минуту. Артериальное давление 200/110 мм рт.ст. В крови эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, лимфоцитопения.

Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия, гипокалиемия. При специальном исследовании установлено снижение содержания АКТГ и увеличение содержания кортизола в плазме крови.

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).

№24

Пациент 30 лет, не работает.

Жалобы: на сильную слабость, быструю физическую утомляемость, потемнение кожи, потерю аппетита, тошноту, рвоту, поносы.

Из анамнеза: считает себя больным 2 года. Заболевание неуклонно прогрессирует.

При осмотре: больной истощен, апатичен. Тургор кожи снижен. Пигментация выражена на открытых участках кожи, на участках, подвергающихся трению. Пигментные пятна на слизистой щек и языке. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 90/60 мм рт.ст. В крови анемия, умеренная нейтропения, лимфоцитоз, гипохлоремия, гиперкалиемия, гипогликемия. Повышено содержание в плазме крови АКТГ, снижен уровень кортизола.

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

Больная И., 38 лет, доставлена в приемное отделение больницы с выраженным судорожным синдромом.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания: со слов родственников выяснено, что в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья

Анамнез жизни: частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. Отмечала подъемы АД, антигипертензивную терапию не проводила. Уровень АД не контролировала. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. Эндокринологом не осмотрена.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 164 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В области передней поверхности шеи гиперемированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения

брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. 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).

№26

Больная И., 38 лет, медсестра, доставлена в приемное отделение больницы с выраженным судорожным синдромом.

Жалобы: сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания: со слов родственников выяснено, что в течение месяца отмечала головные боли, головокружения, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрена. Менархе с 11 лет, роды – 2, вес ребенка при рождении 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен.

Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост – 164 см, вес – 70 кг. Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В области передней поверхности шеи гиперемизированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. 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).

№27

Пациент 35 лет, жалуется на периодически возникающие приступы судорог мышц конечностей и лица, которые возникают по несколько раз в день от самых разнообразных внешних раздражителей, онемение пальцев рук и ног, боли за грудиной и в подложечковой области, затруднение дыхания, запоры.

Из анамнеза: заболевание развилось после оперативного удаления правой доли щитовидной железы по поводу смешанного зоба.

При осмотре: волосы редкие, седые, ломкие ногти. При неврологическом обследовании резкое повышение возбудимости нервной и мышечной систем. Значительное повышение электровозбудимости двигательных нервов. Содержание кальция в крови значительно снижено. Содержание фосфора повышено. Щелочной резерв крови увеличен.

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 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. СД 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, 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.

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

Больной 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 1неделюдо 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.

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

Больная 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.

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

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.

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

Больная 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.

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

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 голени. 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.

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).

№34

Больная 62 лет, пенсионерка, направлена на прием к эндокринологу.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом в течение 14 лет. Диабет был выявлен на фоне избыточной массы тела, компенсировался на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов. Последние 2 года принимает манинил 3,5 мг 3 таблетки в сутки, метформин 1000 мг 2 раза в сутки. Диету соблюдает. В течение 5 лет беспокоят боли в ногах, парестезии, преимущественно в покое, по ночам. За последний год похудела на 6 кг.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пастозность лица. Щитовидная железа и периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧДД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Отеки голени стоп. Глазное дно – препролиферативная диабетическая ретинопатия. Общий анализ мочи – уд.вес 1012, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-6 в п/зр. Глюкоза крови натощак 9,3 ммоль/л, через 2 ч после еды 12,8 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 9,5%.

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

Больной 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. Заболеванию 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.

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: 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника: врач-эндокринолог

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 обследования пациентов с эндокринной патологией	
2.	Методика лабораторного обследования пациента с эндокринной патологией	
3.	Определение функции и состояния щитовидной железы	
4.	Определение функции и состояния паращитовидных желез	
5.	Определение состояния наружных гениталий	
6.	Оценка функции надпочечников	
7.	Определение всех видов чувствительности при диагностике диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом	
8.	Определение состояния стоп у больных сахарным диабетом	
9.	Назначение комплекса лечебно-профилактических мероприятий пациентам с различной эндокринной патологией	
10.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
11.	Оказание неотложной помощи при кетоацидозе	
12.	Оказание неотложной помощи при гипокальциемии	
13.	Экспертиза временной нетрудоспособности больных с эндокринной патологией	
14.	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 обследования пациентов с эндокринной патологией	
2.	Методика лабораторного обследования пациента с эндокринной патологией	
3.	Определение функции и состояния щитовидной железы	
4.	Определение функции и состояния паращитовидных желез	
5.	Определение состояния наружных гениталий	
6.	Оценка функции надпочечников	
7.	Определение всех видов чувствительности при диагностике диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом	
8.	Определение состояния стоп у больных сахарным диабетом	
9.	Назначение комплекса лечебно-профилактических мероприятий пациентам с различной эндокринной патологией	
10.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
11.	Оказание неотложной помощи при кетоацидозе	
12.	Оказание неотложной помощи при гипокальциемии	
13.	Экспертиза временной нетрудоспособности больных с эндокринной патологией	
14.	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 – вариативная часть»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.53 Эндокринология**

Квалификация выпускника: **врач – эндокринолог**

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 эндокринологической 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 эндокринологической медицинской помощи Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической 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 К., 65 лет, инвалид 2 группы, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная слабость, головокружение, значительная прибавка массы тела, подъемы артериального давления, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 5 лет. Постепенное ухудшение самочувствия в течение года, одышка при ходьбе, прибавка массы тела 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 190/90 мм рт.ст, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний: хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь в течение 10 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Менархе с 14 лет, роды – 3, вес детей при рождении 3,0 кг, 3,4 кг, 4,0 кг. Менопауза с 55 лет. Наследственность: СД 2 типа, гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери.

Данные осмотра: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком, пастозность лица, заторможенность, замедленная речь. Витилиго. Рост 162 см, вес 90 кг. Подкожно-жировая клетчатка равномерно распределена. Объем талии 108 см, объем бедер 101 см. Тургор кожи снижен. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа мягкая при пальпации, не увеличена, узлов при пальпации не определяется. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 уд.в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен, АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево на 1 см от средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации плотный, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

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 К., 65 лет, инвалид 2 группы, направлена на прием к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная слабость, головокружение, значительная прибавка массы тела, подъемы артериального давления, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 5 лет. Постепенное ухудшение самочувствия в течение года, одышка при ходьбе, прибавка массы тела 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 190/90 мм рт.ст, отеки лица и нижних конечностей.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний: хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь в течение 10 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает.

Менархе с 14 лет, роды – 3, вес детей при рождении 3,0 кг, 3,4 кг, 4,0 кг. Менопауза с 55 лет. Наследственность: СД 2 типа, гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери.

Данные осмотра: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком, пастозность лица, заторможенность, замедленная речь. Витилиго. Рост 162 см, вес 90 кг. Подкожно-жировая клетчатка равномерно распределена. Объем талии 108 см, объем бедер 101 см. Тургор кожи снижен. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа мягкая при пальпации, не увеличена, узлов при пальпации не определяется. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 уд. в минуту, сниженного наполнения, ненапряжен, АД 170/90 мм рт.ст. Границы сердца смещены влево на 1 см от средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации плотный, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

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 С., 60 лет, инвалид 3 группы, обратилась на приём к эндокринологу.

Жалобы: на прибавку массы тела на 8 - 10 кг за 0,5 года, подъемы АД до 180/90 мм рт.ст., отеки лица и нижних конечностей, одышку при ходьбе, выраженную слабость, сонливость и апатию в течение года.

Из анамнеза: гипертоническая болезнь в течение 8 лет, прием антигипертензивных препаратов нерегулярный. 3 года назад перенесла ишемический инсульт. Ухудшение самочувствия в течение года. Гипертоническая болезнь, неоднократно ишемический инсульт у матери, сахарный диабет 2 типа у матери.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком, стрий на кожных покровах не выявлено. Отмечается пастозность лица, заторможенность, замедленная речь.

Избыточная масса тела с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки, вес – 100 кг. Рост – 164 см, ИТМ – 39,1 кг/м². Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

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 С., 29 лет, направлена на приём к эндокринологу участковым терапевтом.

Жалобы: выраженная общая и мышечная слабость в течение нескольких месяцев, вялость, апатия, снижение аппетита, потеря веса на 10 кг за данный период. Неоднократно отмечает обморочные состояния, спонтанные приступы дрожи, резкой слабости, особенно по ночам.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы отмечает в течение 3-х лет. Одновременно отмечает постепенное выпадение волос в подмышечных впадинах, лобковой области, волосистой части головы. Выраженное ухудшение состояния в течение недели, когда резко усилилась слабость, появились приступы тошноты и рвоты, снизился аппетит, появилась жажда. Уровень глюкозы крови не контролировала. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной острой вирусной инфекцией и нарушениями диетических рекомендаций. В сопровождении родственников обратилась на прием к участковому терапевту, далее была направлена к эндокринологу.

Анамнез жизни: в детстве частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Хронический панкреатит, гастрит с секреторной недостаточностью в течение нескольких лет. Наблюдается у гастроэнтеролога.

Менархе с 12 лет, роды – 2, вес детей при рождении: 3,0 кг; 3,7 кг, менструальный цикл не нарушен.

Наследственность: мать в течение 20 лет страдала сахарным диабетом 1 типа с тяжелым течением заболевания.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, адинамична, с замедленной речью. Телосложение правильное. Питание умеренно снижено. Рост – 167 см, вес – 59 кг. Тотальная алопеция. Кожные покровы сухие, подкожная жировая клетчатка равномерно распределена, слабо выражена, тургор кожи снижен, витилиго. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы и суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 62 уд./мин., сниженного наполнения, ненапряжен. АД 100/60 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, брадикардия. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре отеков не выявлено.

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

Женщина 64 лет, пенсионерка, обратилась на прием к терапевту.

Жалобы: на слабость, сонливость, отечность лица, парестезии в пальцах рук.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью более 20 лет. По поводу артериальной гипертонии регулярно принимает эналаприл 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день. Наследственностьотягощена по артериальной гипертонии и ИБС.

При осмотре: лицо бледное, одутловатое. Кожные покровы сухие. Щитовидная железа диффузно увеличена 1 степени, плотная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Рост 164 см, вес 90 кг, ИМТ 33,6 кг/м². Пульс 60 в минуту, ритмичный. АД 170/110 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево на 2 см. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

Анализ крови общий: Нв 110 г/л, лейкоциты 4,2 Г/л, эозинофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 67%, лимфоциты 26%, моноциты 6%, СОЭ 25 мм/ч. Анализ мочи общий: сол./желт., кислая, уд. вес 1014, белок 0,033 г/л, лейкоциты 1-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: холестерин 6,8 ммоль/л, общий белок 68 г/л, креатинин 96 мкмоль/л. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 60 в минуту; признаки гипертрофии левого желудочка.

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

Женщина 38 лет, продавец, обратилась к участковому терапевту.

Жалобы: на слабость, повышенную утомляемость в течение полугода, одышку при физической нагрузке, появившуюся в последние 2 месяца. 2 года назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции лечение медикаментозного лечения не проводилось, уровень тиреоидных гормонов не контролировался.

При осмотре: бледность кожных покровов, на ладонях - с желтоватым оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпаторно увеличения щитовидной железы не отмечается. Рост 170 см, вес 80 кг, ИМТ 27,7 кг/м². Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 120/90 мм рт.ст. Границы сердца перкуторно – в пределах нормы. На верхушке сердца выслушивается короткий систолический шум. ЧД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови – гемоглобин 90 г/л, эритроциты 2,9 Т/л, ц.п.0,9, лейкоциты 5,2 Г/л, эозинофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 68%, лимфоциты 28%, моноциты 3%, СОЭ 25 мм/ч. При биохимическом исследовании крови - билирубин не прямой 12,5 мкмоль/л, прямого нет, общий белок 70 г/л, креатинин 89 мкмоль/л, холестерин 6,2 ммоль/л, сывороточное железо 15 мкмоль/л. При ФЭГДС, рентгенографии грудной клетки, УЗИ печени, поджелудочной железы, почек, ректороманоскопии, ЭхоКГ, консультации гинеколога патологии не выявлено. Менструации регулярные по 3-4 дня, необильные, цикл 28 дней. Проводилось лечение препаратами железа в течение месяца без эффекта.

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

Женщина 28 лет впервые обратилась в женскую консультацию, диагностирована беременность 8 недель.

Жалобы: периодически чувство давления в области шеи.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Щитовидная железа диффузно увеличена до 2 степени, плотная, безболезненная, смещаемая при пальпации. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии. При УЗИ эхогенность ткани щитовидной железы снижена, объем железы 22 мл. При исследовании гормонов крови – ТТГ 10,0 мМоль/л, свободный Т4 14,0 нМоль/л.

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 28 лет, санитарка.

Жалобы: на постоянное сердцебиение, дрожание рук, потливость, потерю веса, учащение стула до 4-х раз в сутки.

Из анамнеза: заболела после психотравмы около 2 месяцев назад, появились вышеперечисленные жалобы, лечение не проводила.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 56 кг. Суетливость, нерациональные движения, многословность, быстрая речь, дрожание пальцев рук, кожа влажная, горячая, нежная. Щитовидная железа диффузно увеличена до II степени, эластичная. Тоны сердца ясные, тахикардия. ЧСС 120 в мин, Пульс 120 в мин., аритмичный. АД 130/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Отеков нет. Стул не изменен.

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

Женщина 42 лет, швея.

Жалобы: на сердцебиение, потливость, слабость.

Из анамнеза: считает себя больной в течение недели. Месяц назад были явления респираторной вирусной инфекции: насморк, сухой кашель. В анамнезе хронический пиелонефрит. Общее состояние удовлетворительное.

При осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые влажные. Температура тела 37,5°. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа болезненная при пальпации, правая доля уплотнена. Мелкий тремор пальцев рук. Пульс 104 в минуту, ритмичный. АД 140/70 мм

рт ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Отеков нет. Стул не изменен.

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

Пациентка 48 лет, домохозяйка.

Жалобы: на чувство давления в области шеи, которое беспокоит пациентку около 3 месяцев.

Из анамнеза: подъемы АД до 140/100 мм рт.ст., за последние полгода прибывла в весе на 2 кг.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, масса - 70 кг. Кожа обычной окраски, сухая. Щитовидная железа диффузно увеличена до II степени, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Пульс - 64 удара в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧДД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. 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

Пациентка 25 лет, учитель.

Жалобы: на боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза: в течение 2 лет страдает диффузный токсический зоб 2 ст., средней тяжести. Лечилась в течение полугода мерказолилом, начиная с 40 мг с постепенным снижением дозы до 10 мг, L-тироксином 50 мкг. 3 месяца назад возник рецидив, начато лечение мерказолилом в дозе 50 мг в сутки. За последние три дня до обращения к врачу принимала анальгин в связи с альгоменореей. Накануне вечером возникла боль в горле, поднялась температура. Самостоятельно принимала анальгин и антибиотики без эффекта.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы горячие. Зев гиперемирован, на миндалинах гнойное отделяемое, участки некроза. Увеличены и болезненны передне-шейные лимфатические узлы. Щитовидная железа диффузно увеличена 2 степени, эластичная, безболезненная. Пульс 100 в минуту, ритмичный. АД 130/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. 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).

№ 11

Больная 35 лет, продавец, обратилась на прием к эндокринологу по направлению терапевта.

Жалобы: на учащенное сердцебиение, потливость, слабость, снижение работоспособности, дрожание пальцев рук, снижение веса.

Из анамнеза: за месяц снижение массы тела на 10 кг.

При осмотре: ЧСС 120 уд/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. В области правой доли щитовидной железы пальпируется узел до 3 см в диаметре. Щитовидная железа безболезненная, смещаемая. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

При УЗИ в щитовидной железе выявлен узел 2x3 см. При сканировании в месте определяемого узла отмечается участок повышенного накопления радиофармпрепарата. Остальная ткань щитовидной железы РФП не накапливает.

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

Больная Г., 42 года, бухгалтер, обратилась на приём к эндокринологу

Жалобы: на выраженную общую слабость, прибавку массы тела, головные боли, подъемы АД до 190/100 мм рт.ст, сухость во рту и умеренную жажду, боли в костях и позвоночнике, вторичную аменорею.

Анамнез: в течение нескольких месяцев отмечает ухудшение самочувствия, подъемы АД и выраженные головные боли, прибавку массы тела, нарушение менструальной функции и появление розовых стрий в области передней брюшной стенки. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ранняя менопауза у матери. Ухудшение самочувствия связывает с перенесенной черепно-мозговой травмой и стрессовой ситуацией в семье.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 105 кг, ИМТ с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области шеи, передней брюшной стенки, туловища. В области плеч, бедер, передней брюшной стенки отмечаются багрово-розовые стрии. Избыточный рост волос над верхней губой, в области подбородка, белой линии живота, внутренней поверхности бедер. Дыхание везикулярное. Пульс 76 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней.

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 22 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сонливость, выраженную слабость, похудание, жажду и увеличение мочеотделения.

Из анамнеза: вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 2–3 недель.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы сухие, тургор кожных покровов снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание учащенное (до 20 в минуту), шумное, АД 90/60 мм рт. ст., ЧСС = 98 в минуту. Запах ацетона изо рта. Больной проведено исследование биохимических и электролитных показателей крови. Выявлена гликемия 11 ммоль/л, повышение уровня молочной кислоты, натрия, гематокрита, снижение калия и $pH < 7,29$.

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

Пациент 25 лет, болеет СД 1 типа 6 лет, поступил в приемное отделение в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: из опроса родственников выяснено, что последние 3–4 дня чувствовал себя плохо, беспокоили сильная слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности. Неделю 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, pH — 7,23. В анализе мочи — глюкозурия, кетонурия и следы белка.

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

Пациентка 30 лет, поступила в отделение по направлению эндокринолога.

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

Из анамнеза: с 20 лет впервые стали беспокоить жажда, полиурия, слабость. Диагноз СД был установлен лишь через 1 год, гликемия натощак 8,4 ммоль/л, уровень HbA1c 9,0%. Семейный анамнез отягощен по сахарному диабету. Уровень гликемии натощак при повторных исследованиях 9,8–10,0

ммоль/л, постпрандиальная гликемия 10,9–13,5 ммоль/л. Для компенсации углеводного обмена назначена интенсифицированная инсулинотерапия. Уровень С-пептида в норме, поставлен диагноз СД молодых (MODY), переведена на диетотерапию и препараты сульфанилмочевины (гликлазид МВ). В течение последующих 2 лет состояние пациентки стабильно, уровень HbA1c снизился до 6,5–7,0. Ухудшение состояния в последние полтора месяца, отмечены прогрессирование слабости, потеря веса (10 кг), увеличение уровня гликемии в течение суток на фоне увеличения дозы гликлазида МВ и сокращения употребления углеводов.

При осмотре: Рост 169, вес 68 кг, ИМТ 26,9 кг/м². Щитовидная железа не увеличена, эутиреоз. 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.

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 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.

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

Женщина 58 лет доставлена бригадой скорой помощи в стационар в состоянии сопора.

Жалобы: ввиду тяжести состояния сбор жалоб затруднен.

При осмотре: кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные, сухие. Лицо одутловатое. На передней поверхности шеи поперечный послеоперационный рубец. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 48 в минуту, ритмичный. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. ЧД 15 в минуту. Дыхание в верхних отделах жесткое, в нижних отделах – ослаблено. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, край закруглен. Сухожильные рефлексы снижены, симметричны. Менингеальных симптомов нет. Известно, что пациентка 3 года назад оперирована по поводу рака щитовидной железы. Последние месяцы жила одна, злоупотребляла алкоголем. Бригаду СМП вызвали соседи, заставшие больную в бессознательном состоянии.

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

Пациентка 54 лет, домохозяйка.

Жалобы: на одышку при ходьбе, избыточную массу тела, повышенную утомляемость, сонливость в дневное время, головные боли по утрам.

Из анамнеза: страдает ожирением с 28 лет, употребляла большое количество кондитерских изделий, жирной пищи. В последние 5 лет вес стабильный. Около 10 лет страдает артериальной гипертонией, принимает лизиноприл 10 мг в сутки. При домашнем измерении АД в вечерние часы 140-150/90-100 мм рт.ст., по утрам 160-170/100-110 мм рт. ст. За последние 3 года стала беспокоить сонливость, снизилась работоспособность.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 104 кг, рост 164 см, окружность талии 105 см, ИМТ 38,8 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Стриг не отмечается. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Правая граница относительной тупости сердца – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. При общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. Тест толерантности к глюкозе: гликемия натощак 5,4 ммоль/л, через 2 ч после нагрузки глюкозой 9,0 ммоль/л. Биохимическое исследование крови: холестерин 6,2 ммоль/л, триглицериды 2,1 ммоль/л, креатинин 90 мкмоль/л, АСТ 32,5 Е/л, АЛТ 39,6 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 66 в минуту, ЭОС расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

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

Пациентка 45 лет, учитель.

Жалобы: на периодически возникающие головные боли в затылочной области.

Из анамнеза: больна артериальной гипертензией в течение двух лет, систематически не лечилась. Ухудшение в течение 3-х недель после эмоционального стресса. Появились головные боли, лечилась анальгетиками и энапом 10 мг/день. За 3 дня до обращения к терапевту отметила подъем АД до 210/110 мм рт.ст., появились распирающие боли и жжение в области сердца. Врачом скорой помощи снята ЭКГ, патологии не выявлено; после введения гипотензивных препаратов АД снизилось, боли прекратились. На следующий день на приеме у терапевта АД 190/110 мм рт.ст. Назначен лозартан 50 мг в день, гипотиазид 12,5 мг в день, бисопролол 5 мг в день. При домашнем измерении АД 160/85 мм рт.ст., пульс 64 в 1 минуту. Избыточный вес с 30 лет, масса тела нарастала постепенно, последние два года вес стабильный. У матери сахарный диабет 2 типа, АГ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 125 кг, рост 165 см, ИМТ 45 кг/м², ОТ/ОБ 1,0. Окружность талии 120 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД 170/110 мм рт.ст. на обеих руках. Граница относительной тупости сердца смещена влево до средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Шумы на сонных артериях, в области проекции почечных артерий отсутствуют. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пульсация на a.dorsalis pedis и a. tibialis posterior сохранена.

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

Пациентка М, 20 лет, студентка.

Жалобы: на прибавку массы тела, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2–3 месяцев.

Из анамнеза: избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, нерегулярные до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев.

При осмотре: рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ 34,5 кг/м², ОТ/ОБ 0,9, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутое число 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы обычной окраски, отмечаются стрии розового цвета на животе и внутренней поверхности бедер. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 140/100 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5 нмоль/л); суточная экскреция свободного кортизола 390 нмоль/л (норма до 120–400 нмоль/л).

На рентгенограмме черепа в боковой проекции турецкое седло четко контурировано и не увеличено. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

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

Пациентка Г, 18 лет, студентка

Жалобы: на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–3 месяцев), прибавку массы тела на 5-7 кг за последний год. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма, частые ОРВИ, хронический гастрит.

Данные осмотра: рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ 28,4 кг/м², ОТ/ОБ 0,92. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота и плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число - 16 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются ярко розовые стрии на животе. Дыхание везикулярное. Пульс 62 уд. в мин., умеренного наполнения. АД 135/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – склонность к запорам. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л; после приема 75 гр. глюкозы 8,1 ммоль/л через 2 часа в венозной крови. Малая дексаметазоновая проба: 591 нмоль/л (норма 120 – 400 нмоль/л) исходно и 202 нмоль/л (результат после проведения).

УЗИ органов малого таза на 22 день менструального цикла: тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо 4 мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–7 в поле зрения. Левый яичник 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

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): 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника – врач - эндокринолог

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.*

- (А) дали название
- (Б) называют
- (В) имеет название
- (Г) называется

2. *Раздражимость - черта... для всего живого.*

- (А) характерна
- (Б) характерно
- (В) характерны
- (Г) характерная

3. *Субстраты - вещества, с... взаимодействуют ферменты.*

- (А) которыми
- (Б) чьими
- (В) теми
- (Г) какими

4. *Процессы обмена веществ принято... на анаболические и катаболические.*

- (А) 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): 31.08.53 Эндокринология

Квалификация выпускника – врач - эндокринолог

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 трансдюсер 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. Обучающемуся 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 перивультарную 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:

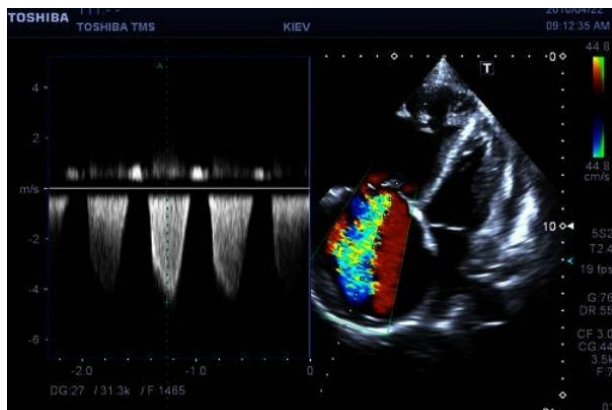
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

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:

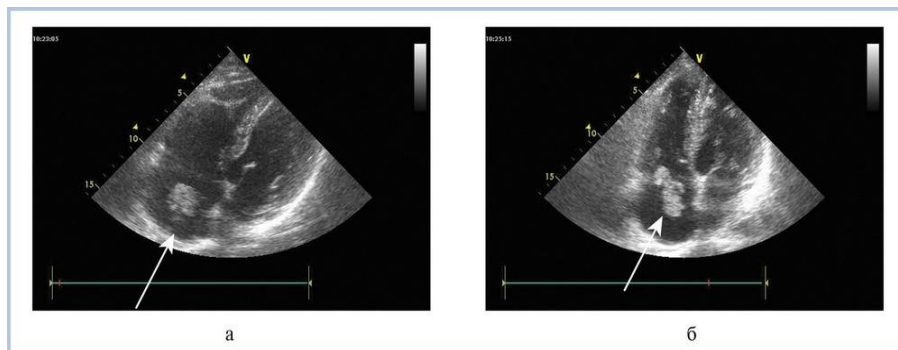
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

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:

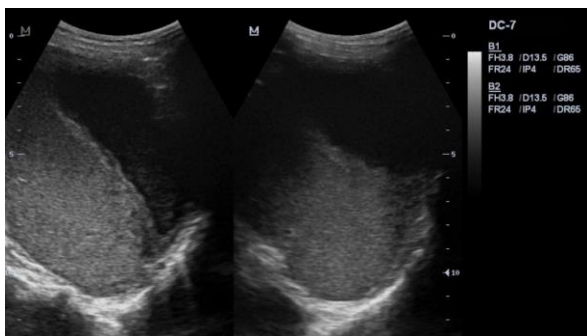


Вопросы:

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.



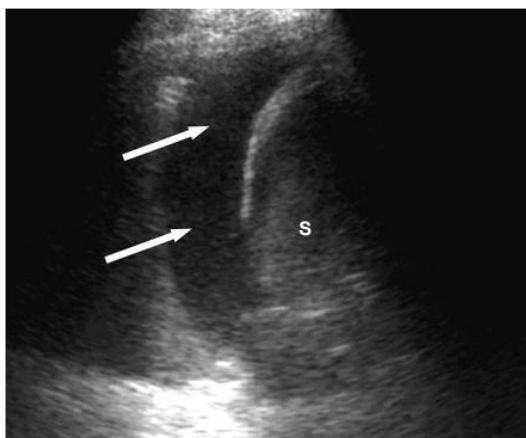
Вопросы:

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:

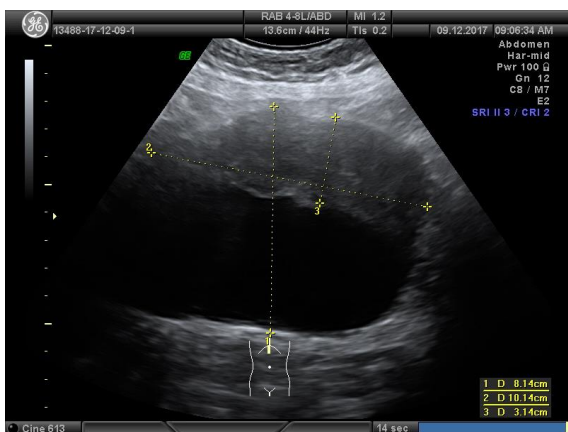
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

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.



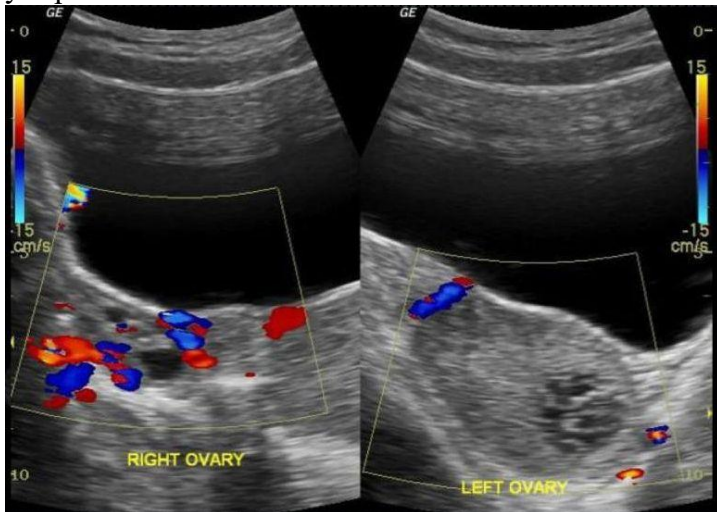
Вопросы:

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.

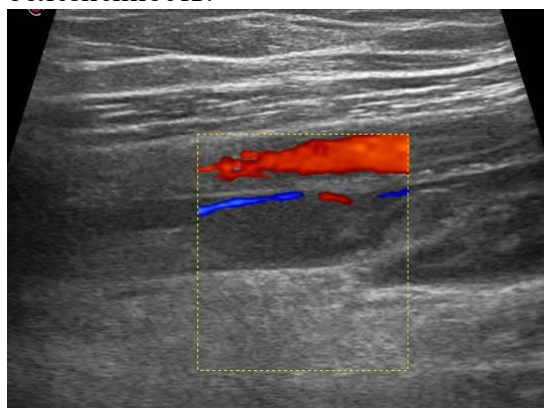


Вопросы:

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.

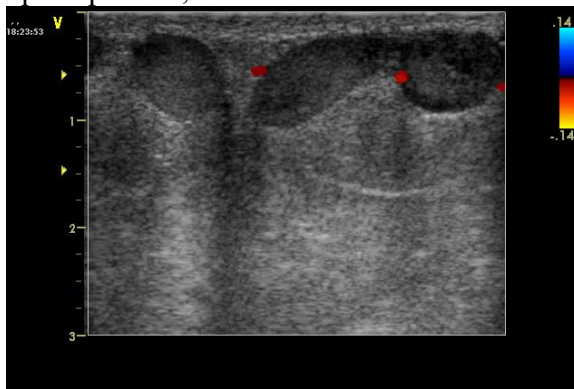


Вопросы:

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.

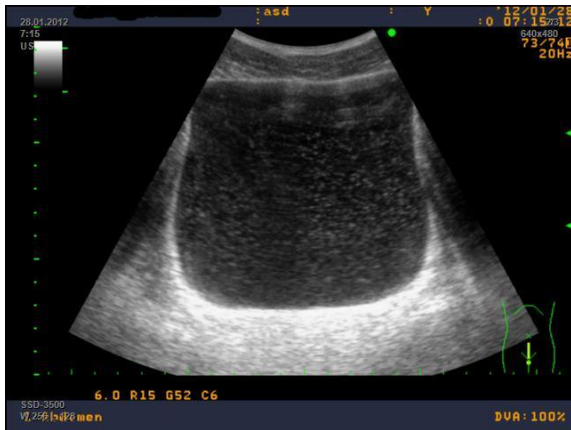


Вопросы:

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.



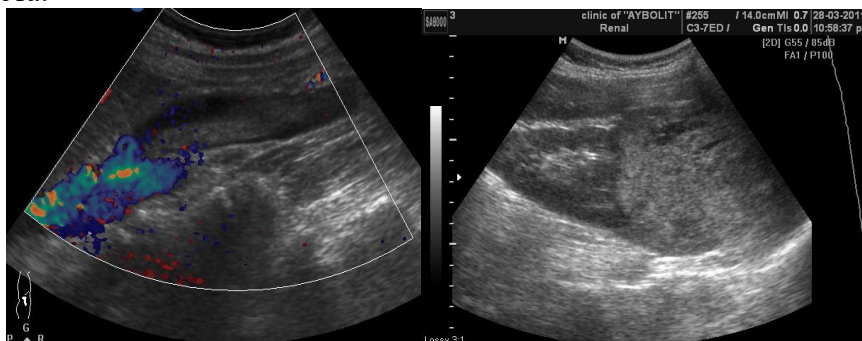
Вопросы:

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?