

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии, эндокринологии и диетологии

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины
«Терапия»**

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

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: Врач – терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Терапия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследование пациентов.	1 и 2 год обучения
	ОПК-4.2. Назначает дополнительные методы исследования	1 и 2 год обучения
	ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику	1 и 2 год обучения
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	ОПК-5.1. Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях.	1 и 2 год обучения
	ОПК-5.2. Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения.	1 и 2 год обучения
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.	ОПК-6.1. Проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	1 и 2 год обучения
	ОПК-6.2. Контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	1 и 2 год обучения
	ОПК-6.3. Участвует в реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.	1 и 2 год обучения
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.	ОПК-7.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности.	1 и 2 год обучения
	ОПК-7.2. Участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.	1 и 2 год обучения
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.	ОПК-8.1. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.	1 и 2 год обучения
	ОПК-8.2. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.	1 и 2 год обучения
	ОПК-8.3. Проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения.	1 и 2 год обучения
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара.	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».	1 и 2 год обучения
	ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.	1 и 2 год обучения
	ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю	1 и 2 год обучения

	«терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.	
	ПК-1.4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».	1 и 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-4	ОПК-4.1	<p>Знать: Методы обследования терапевтических больных. Методы физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных. Определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Уметь: Получить информацию о заболевании. Провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания. Оценить тяжесть состояния больного. Анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет с оценкой по модулям дисциплины 1 - 3 семестры

		<p>Владеть: Методами физикального обследования внутренних органов. Методами оценки функционального состояния органов и систем. Оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Определением диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия".</p>		
	ОПК-4.2.	<p>Знать: Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", показания и противопоказания к их использованию.</p> <p>Уметь: Определить объем и последовательность применения методов обследования и лечебных мероприятий. Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов. Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - пневмотахометрию - снятие и расшифровка электрокардиограммы.</p> <p>Владеть: Составлением плана исследования больного с учетом предварительного диагноза. Проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме. Интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза. Интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования.</p>		

	ОПК-4.3.	<p>Знать: Клинические рекомендации, стандарты по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин.</p> <p>Клиническую картину, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных состояний у взрослого населения.</p> <p>Уметь: Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ.</p> <p>Определить показания для госпитализации и организовать ее.</p> <p>Составлять план исследования и лечения больного с учетом предварительного диагноза.</p> <p>Владеть: Установкой диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснованием.</p> <p>Методами проведения квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний.</p> <p>Методами раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства).</p>		
ОПК-5	ОПК-5.1.	<p>Знать: Клиническую фармакологию и тактику применения лекарств.</p> <p>Уметь: Обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий</p> <p>Оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее</p>		

		<p>проведении Вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи. Применять лекарственные средства для лечения различных заболеваний и патологических состояний и оценки эффективности лечения. Интерпретировать результаты исследования клинических анализов для правильной оценки эффективности терапии. Разработать план лечения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития.</p> <p>Владеть: Основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, тромбофилических состояний в клинике внутренних болезней.</p>		
	ОПК-5.2.	<p>Знать: Показания для направления пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состоянии по профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю "терапия", медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p>		

		<p>Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p> <p>Уметь:</p> <p>Оценить ход течения заболевания в динамике и своевременно внести коррективы в лечение.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия».</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением лечения больного с учетом предварительного диагноза,</p> <p>Принципами применения лекарственных средств для лечения различных заболеваний и патологических состояний.</p> <p>Методами оценки эффективности лечения.</p>		
ОПК-6	ОПК-6.1	<p>Знать:</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по</p>		

		<p>профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь: Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p> <p>Владеть: Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.</p>		
	ОПК-6.2.	<p>Знать: Основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.</p> <p>Уметь: Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состоянием и по профилю "терапия".</p> <p>Владеть: Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>		
	ОПК-6.3.	<p>Знать: Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь: Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с</p>		

		<p>заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.</p> <p>Владеть:</p> <p>Разработкой плана реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p>		
ОПК-7	ОПК-7.1.	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности.</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде.</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь:</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом</p>		

	<p>семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ОПК-7.2.	<p>Знать: Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь: Определять признаки стойкой нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и</p>		

		<p>выдача листов нетрудоспособности.</p> <p>Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ОПК-8	ОПК-8.1.	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения.</p> <p>Диспансерное наблюдение за пациентами с неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами.</p> <p>Объемы и методы исследования, которые проводятся в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения.</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.</p> <p>Уметь:</p> <p>Проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.</p> <p>Применять лекарственные средства для профилактики различных заболеваний и патологических состояний и оценки эффективности лечения.</p> <p>Проводить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.</p> <p>Владеть:</p> <p>Принципами применения немедикаментозных</p>		

	<p>и лекарственных средств для профилактики различных заболеваний и патологических состояний. Методами оценки эффективности профилактических мероприятий.</p> <p>Принципами организации, диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами.</p>		
ОПК-8.2.	<p>Знать: 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>Основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных</p> <p>Уметь: Проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", основных факторов риска их развития.</p> <p>Проводить и контролировать диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Владеть: Проведением и контролем профилактических медицинских осмотров населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <p>Проведением и контролем диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за</p>		

		<p>взрослыми</p> <p>Назначением профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p>		
	ОПК-8.3.	<p>Знать:</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.</p> <p>Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.</p> <p>Уметь:</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Владеть:</p> <p>Проведением оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни.</p> <p>Навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.</p>		
ПК-1	ПК-1.1.	<p>Знать:</p> <p>Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности сбора жалоб, анамнеза</p>		

заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».

Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».

Основные принципы построения клинического диагноза.

Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.

Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.

Уметь:

Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». и интерпретировать его результаты

Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты.

Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».

Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

	<p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследования пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>		
ПК-1.2.	<p>Знать:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и или состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p> <p>Уметь:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения</p>		

пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи

Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.

Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.

Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.

Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

Владеть:

Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания

	<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>		
ПК-1.3.	<p>Знать: Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов. Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь: Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы</p>		

	<p>реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Владеть: Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых. Проведением мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида. Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>		
ПК-1.4.	<p>Знать: Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде. Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное</p>		

	<p>заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь: Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой. Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
--	---	--	--

Модули дисциплины:

- *Болезни сердечно-сосудистой системы: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Ревматические болезни: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Болезни органов дыхания: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Болезни органов пищеварения: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Болезни почек: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Болезни органов кроветворения: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Эндокринные заболевания: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Геронтология и гериатрия: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.1, ПК-1.2*
- *Реабилитация больных терапевтического профиля: ОПК-6.1, ОПК-6.2, ОПК-6.3, ПК-1.3*
- *Профилактика заболеваний терапевтического профиля и формирование здорового образа жизни: ОПК-8.1, ОПК-8.2, ОПК-8.3*

- Медицинская экспертиза в отношении пациентов терапевтического профиля: ОПК-7.1, ОПК-7.2, ПК-1.4

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

Тестовый контроль сформированности компетенций ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ОПК-6 (ОПК-6.1, ОПК-6.2, ОПК-6.3), ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2), ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2, ОПК-8.3), ПК-1 (ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-1.4).

Все задания с выбором одного правильного ответа.

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 «выполнено», «не выполнено».

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

2.2. Оценочное средство: практико-ориентированные задания

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
ОПК-4.1.	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводить физикальное обследование больного Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит физикальное обследование больного	Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводит физикальное обследование больного, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит физикальное обследование больного	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит физикальное обследование больного Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит физикальное обследование больного, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет <u>Не способен -</u> проводить физикальное обследование больного
ОПК-4.2	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> Назначать	Умеет: <u>Самостоятельно</u> назначает дополнительные	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> назначает	Умеет <u>Не способен -</u> назначать дополнительные

	дополнительные методы исследования Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> назначает дополнительные методы исследования	методы исследования, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> назначает дополнительные методы исследования	дополнительные методы исследования Владеет: <u>Самостоятельно</u> назначает дополнительные методы исследования, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	методы исследования
ОПК-4.3.	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводить клиническую диагностику. Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит клиническую диагностику.	Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводить клиническую диагностику, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит клиническую диагностику	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводить клиническую диагностику Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводить клиническую диагностику, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет <u>Не способен</u> проводить клиническую диагностику
ОПК-5.1.	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет: <u>Самостоятельно</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Самостоятельно</u> назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет <u>Не способен</u> назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях.
ОПК-5.2.	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> контролировать эффективность и безопасность назначенного лечения. Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> контролирует	Умеет: <u>Самостоятельно</u> контролировать эффективность и безопасность назначенного лечения, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> контролирует эффективность и	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения. Владеет: <u>Самостоятельно</u> контролирует эффективность и безопасность назначенного	Умеет <u>Не способен</u> контролировать эффективность и безопасность назначенного лечения.

	эффективность и безопасность назначенного лечения.	безопасность назначенного лечения.	лечения, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	
ОПК-6.1	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет: <u>Самостоятельно,</u> проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет <u>Не способен</u> проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.
ОПК-6.2	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет: <u>Самостоятельно</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях. Владеет: <u>Самостоятельно</u> контролирует проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет <u>Не способен</u> контролировать проводимые мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях.
ОПК-6.3	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> участвует в реализации индивидуальных	Умеет: <u>Самостоятельно</u> участвует в реализации индивидуальных программ	Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> участвует в реализации индивидуальных	Умеет <u>Не способен</u> участвовать в реализации индивидуальных программ

	<p>программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> участвует в реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>	<p>реабилитации или реабилитации инвалидов, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> участвует в реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>	<p>программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> участвует в реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>
ОПК-7.1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно,</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит экспертизу временной нетрудоспособности, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить экспертизу временной нетрудоспособности</p>
ОПК-7.2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> участвовать в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> участвует в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> участвовать в проведении экспертизы стойкой утраты трудоспособности.</p>
ОПК-8.1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u></p>	<p>Умеет: <u>Под руководством</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u></p>

	<p><u>без ошибок</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.</p>	<p>проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.</p>	<p><u>преподавателя</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний.</p>
ОПК —8.2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить и контролировать эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни.</p>
ОПК- 8.3	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит санитарно-гигиеническое</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит санитарно-</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.</p>

	просвещение населения.	гигиеническое просвещение населения.		
ПК-1.1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»</p>
ПК-1.2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно,</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролировать его эффективность и безопасность.</p>
ПК-1.3	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит и</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит и</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить и контролировать</p>

	<p>контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>	<p>эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>	<p>контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов.</p>
ПК-1.4	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Владеет: <u>Уверенно,</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно,</u> проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>

	<u>правильно и самостоятельно</u> проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».	<u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».	проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», <u>но допускает небольшие ошибки</u>	
--	---	---	--	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Выполнение практико-ориентированных заданий 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 «выполнено» за выполнение тестовых заданий.

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

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. АДАПТАЦИОННОЕ СНИЖЕНИЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ПУТЕМ УГНЕТЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КАРДИОМИОЦИТА В ОТВЕТ НА УМЕНЬШЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК _____ МИОКАРДА
А. «оглушенность»
Б. «гибернация»
В. «апоптоз»
Г. «некроз»
2. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ
А. митральная недостаточность
Б. недостаточность клапана легочной артерии
В. митральный стеноз
Г. аортальная недостаточность
3. ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКОРОНАРОГЕННЫМ, НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ ДИФFUЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МИОКАРДА С РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ И ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ПОЛОСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А. рестриктивная кардиомиопатия
Б. миокардит
В. гипертоническая кардиомиопатия
Г. дилатационная кардиомиопатия
4. СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А. сочетанием полной блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады
Б. полной атриовентрикулярной блокадой на фоне фибрилляции предсердий
В. депрессией ST на фоне физической нагрузки
Г. удлинением интервала QT
5. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ
А. направить на ЭКГ
Б. направить на анализ крови
В. госпитализировать по «03» в БИТ
Г. направить на консультацию к врачу-кардиологу
6. БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРИ
А. нарушении мозгового кровообращения
Б. гипертонической энцефалопатии
В. расслаивающейся аневризме аорты
Г. гипертонической ангиопатии сетчатки глаза
7. КРОВОХАРКАНЬЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
А. является относительным противопоказанием к назначению гепарина
Б. не является противопоказанием к назначению гепарина
В. является абсолютным противопоказанием к применению гепарина

Г. является показанием для кровоостанавливающей терапии

8. ДЛЯ AL-АМИЛОИДОЗА ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

- А. сердца
- Б. костей и суставов
- В. центральной нервной системы
- Г. почек

9. ЗНАЧЕНИЯ СУММАРНОГО РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА СОСТАВЛЯЮТ _____%

- А. ≥ 1 до 5
- Б. ≥ 5 до 10
- В. < 1
- Г. ≥ 10

10. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. аортального стеноза
- Б. аортальной недостаточности
- В. митрального стеноза
- Г. митральной недостаточности

11. ВЕРХНЯЯ И НИЖНЯЯ ПОЛЫЕ ВЕНЫ ВПАДАЮТ В

- А. ушко правого предсердия
- Б. коронарный синус
- В. правое предсердие
- Г. левое предсердие

12. НОРМАЛЬНЫМ ТИПОМ КРИВОЙ ПРИ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ

- А. Night picker
- Б. Non dipper
- В. Over dipper
- Г. Dipper

13. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. внезапно развившаяся одышка
- Б. коллапс
- В. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
- Г. боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином

14. ВТОРАЯ ФАЗА ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ КЛЕТОК МИОКАРДА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНА _____ КЛЕТКИ

- А. выходом ионов хлора из
- Б. входом ионов кальция внутрь
- В. выходом ионов калия из
- Г. быстрым входом ионов натрия внутрь

15. «БАРАБАНЫЕ ПАЛОЧКИ» И ЦИАНОЗ НОГ, НО НЕ РУК, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ _____ СЕРДЦА ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СБРОСА КРОВИ СПРАВА-НАЛЕВО

- А. недостаточности трикуспидального клапана

- Б. незаращении артериального протока
- В. дефекте межпредсердной перегородки
- Г. стенозе аортального клапана

16. ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ С _____ СЕРДЦА

- А. базальной части отделов левого желудочка
- Б. верхушки и боковой стенки правого предсердия
- В. левой части межжелудочковой перегородки
- Г. правой части межпредсердной перегородки

17. ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. предсердная экстрасистолия
- Б. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- В. выраженная синусовая брадикардия
- Г. атриовентрикулярная блокада I степени

18. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. повышение внутригрудного давления
- Б. венозный застой в малом круге кровообращения
- В. повышение легочно-капиллярного давления
- Г. легочная артериальная гипертензия

19. СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. незаращения артериального протока
- Б. митральной недостаточности
- В. аортальной недостаточности
- Г. стеноза устья аорты

20. ВЫРАЖЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ОТ ФАЗ ДЫХАНИЯ В ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- А. тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
- Б. фибрилляция предсердий
- В. инфаркта миокарда
- Г. тампонады сердца

21. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- А. усиление I тона на верхушке, ритм перепела
- Б. нежный диастолический шум во втором межреберье справа
- В. ослабление I тона и систолический шум на верхушке
- Г. грубый систолический шум над аортой

22. I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. монополярным
- Б. усиленным
- В. нейтральным
- Г. биполярным

23. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УСКОРЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А. через двое суток от начала заболевания
- Б. на четвертые-пятые сутки

- В. через 6-8 часов от начала заболевания
- Г. уже через 1-2 часа от начала заболевания

24. ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. тахикардия, набухание шейных вен
- Б. одышка, отек легких
- В. периферические отеки
- Г. гепатомегалия, асцит

25. К ЭКГ КРИТЕРИЯМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- А. патологический зубец Q
- Б. конкордантный подъем сегмента ST
- В. депрессию сегмента ST
- Г. низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. врожденный порок сердца
- Б. кальциноз митрального клапана
- В. инфекционный эндокардит
- Г. хроническая ревматическая болезнь сердца

27. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- А. сцинтиграфию миокарда
- Б. рентгенографию органов грудной клетки
- В. коронароангиографию
- Г. ЭХО-КГ

28. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

- А. фибрилляция желудочков
- Б. кардиогенный шок
- В. блокада левой ножки пучка Гиса
- Г. синдром Дреслера

29. К АССОЦИИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ

- А. микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)
- Б. скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/секи лодыжечно-плечевой индекс < 0,9
- В. ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- Г. ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию

30. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ НА ВЫДОХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- А. недостаточности трехстворчатого клапана
- Б. недостаточности митрального клапана
- В. стеноза аортального клапана
- Г. стеноза клапана легочной артерии

31. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А. ослабление II тона во втором межреберье справа
- Б. ослабление I тона на верхушке

- В. пресистолический шум на верхушке
- Г. щелчок открытия митрального клапана

32. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. миокардиальный фиброз
- Б. нарушение ритма и проводимости сердца
- В. васкулит
- Г. аневризма аорты

33. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А. недостаточности митрального клапана
- Б. недостаточности аортального клапана
- В. митральном стенозе
- Г. аортальном стенозе

34. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- Б. локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки ЛЖ
- В. локализации инфаркта миокарда в области передней стенки ЛЖ
- Г. тромбоза легочной артерии

35. ОСЦИЛЛЯЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. дефекта межпредсердной перегородки
- Б. дефекта межжелудочковой перегородки
- В. аортального стеноза
- Г. аортальной недостаточности

36. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. стенозе устья аорты
- Б. митральном стенозе в стадии компенсации
- В. аортальной недостаточности
- Г. недостаточности трикуспидального клапана

37. ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. компьютерная томография почек
- Б. УЗИ почек
- В. почечная ангиография
- Г. сцинтиграфия почек

38. ОТСУТСТВИЕ ЗУБЦА Р ПЕРЕД ВСЕМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. идиовентрикулярного ритма
- Б. экстрасистолии из верхней части AV соединения
- В. предсердной экстрасистолии
- Г. атриовентрикулярной блокады II степени

39. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. инфаркта миокарда правого желудочка
- Б. нижнего инфаркта миокарда
- В. передне-перегородочного инфаркта миокарда
- Г. аортальная

40. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ И ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. повышенное потребление в пищу поваренной соли
- Б. малоподвижный образ жизни
- В. артериальная гипертензия
- Г. избыточная масса тела

41. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 ОЦЕНИВАЮТ БИОМАРКЕР

- А. прокальцитонин
- Б. КФК-ВВ
- В. NT-proBNP
- Г. лактатдегидрогеназу

42. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ СО СНИЖЕНИЕМ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ, СНИЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТАХИКАРДИЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А. декомпенсации хронического легочного сердца
- Б. кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови
- В. кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови
- Г. тромбозмболии легочной артерии

43. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. хронической почечной недостаточности
- Б. синдроме Иценко-Кушинга
- В. В₁₂-дефицитной анемии
- Г. акромегалии

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. гастралгическая
- Б. церебро-васкулярная
- В. ангинозная
- Г. астматическая

45. ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А. на вторые-третьи сутки от начала заболевания
- Б. не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания
- В. обычно в течение первых нескольких часов
- Г. не позже, чем через 30 мин от начала заболевания

46. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

- А. стрессовая реакция на болевые раздражители
- Б. артериальная гипотония
- В. гиповолемия
- Г. снижение насосной функции сердца

47. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭКГ-ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ (ТРЕДМИЛ-ТЕСТ ИЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 70%, ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО У 70% _____ ИБС СТРЕСС-ТЕСТ

- А. лиц без; положительный

- Б. лиц без; отрицательный
- В. пациентов с; отрицательный
- Г. пациентов с; положительный

48. У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ Q В ОТВЕДЕНИЯХ AVL, I, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- А. передне-перегородочной локализации
- Б. нижней локализации
- В. боковой локализации
- Г. задней стенки

49. ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭХОКГ) В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОПЛЕРОВСКИХ РЕЖИМОВ РЕКОМЕНДОВАНА

- А. при сомнительных результатах холтеровского мониторирования ЭКГ
- Б. пациентам с подозрением на наличие порока сердца
- В. всем пациентам с подозрением на ИБС
- Г. пациентам с подозрением на наличие гипертрофии миокарда левого желудочка

50. КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ X ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

- А. при физической нагрузке, возникновением депрессий на стресс-тесте, стенотическим поражением коронарных артерий при коронарографии
- Б. без связи с физической нагрузкой, отсутствием стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии независимо от результатов стресс-теста
- В. при физической нагрузке, отсутствием стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии, депрессией сегмента ST при проведении стресс-теста
- Г. при физической нагрузке, стенотическим поражением коронарных артерий, отсутствием депрессий сегмента ST при проведении стресс-теста

51. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ D-ДИМЕРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А. феохромоцитомы
- Б. острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)
- В. инфаркта миокарда
- Г. тромбоза легочной артерии (ТЭЛА)

52. ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. удлинение электрической систолы желудочка – интервала QT
- Б. депрессия сегмента ST более 2 мм
- В. инверсия конечной части желудочкового комплекса – зубца T
- Г. выраженная элевация сегмента ST

53. В ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА БОЛЕЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА НАИБОЛЬШЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- А. холодная проба
- Б. 12-канальное суточное мониторирование ЭКГ
- В. одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД
- Г. нагрузочный тест

54. ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИМ СТРЕСС-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПУТЕМ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ СТЕНКИ, НАРЯДУ СО СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. электрофизиологическое исследование (ЭФИ)
- Б. стресс-однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ)
- В. стресс-позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)
- Г. стресс-магнитно-резонансная томография (МРТ)

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. фибрилляция желудочков
- Б. АВ-блокада III степени
- В. асистолия желудочков
- Г. электромеханическая диссоциация

56. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А. набуханием шейных вен, увеличивающимся в вертикальном положении
- Б. одышкой при ходьбе
- В. застоем крови в венозном русле малого круга кровообращения
- Г. брадикардией

57. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ T ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- А. мелкоочагового инфаркта миокарда
- Б. инфаркта миокарда правого желудочка
- В. заднего инфаркта миокарда (задне-базального)
- Г. передне-перегородочного инфаркта миокарда

58. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

- А. стенозе устья аорты
- Б. эмфиземе легких
- В. аневризме аорты
- Г. ожирении

59. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-PICKER ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА

- А. АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
- Б. снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
- В. АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные
- Г. ночные значения АД выше, чем дневные

60. ИСТИННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А. недостаточности митрального клапана
- Б. трикуспидальной недостаточности
- В. декомпенсированном стенозе аортального клапана
- Г. недостаточности аортального клапана

61. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. укорочение интервала P-Q (менее 0,1 с)
- Б. отсутствие зубцов P
- В. блокада левой ножки пучка Гиса при правильном ритме желудочковых комплексов

Г. независимость появления предсердных и желудочковых комплексов при правильном ритме желудочковых комплексов

62. ПОВЫШЕНИЮ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СПОСОБСТВУЕТ

- А. гликлазид
- Б. росиглитазон
- В. метформин
- Г. метформин

63. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ» И УТОЧНЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

- А. электрофизиологическое исследование миокарда
- Б. стресс-тест с визуализацией миокарда или регистрацией ЭКГ
- В. суточное имониторирование ЭКГ
- Г. эхокардиографическое исследование

64. НАРУШЕНИЯ А-V ПРОВОДИМОСТИ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНЫ С

- А. нарушением кровотока по артерии синусового узла
- Б. повреждением межжелудочковой перегородки
- В. нарушением кровотока по артерии АВ узла
- Г. обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ

65. ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ СОСУДИСТОЙ ФАЗЫ РЕНОГРАФИЧЕСКИХ КРИВЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАДИОИЗОТОПНОЙ РЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. гипертонической болезни
- Б. хронического пиелонефрита
- В. реноваскулярной артериальной гипертензии
- Г. синдрома Конна

66. ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОИСХОДИТ _____ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА

- А. локально-очаговое повышение
- Б. локально-очаговое снижение
- В. сохранение прежней
- Г. диффузное снижение

67. ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОДУЦИРУЕТ АДРЕНАЛИН, ДОФАМИН И

- А. тестостерон
- Б. норадреналин
- В. андростерон
- Г. кортизол

68. ДЛЯ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И УМЕРЕННЫМ СУММАРНЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ ДОСТИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ < _____ ММ РТ. СТ.

- А. 130/80
- Б. 135/85
- В. 120/70
- Г. 140/90

69. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. нормальные размеры печени, увеличение селезенки, нормальный диаметр воротной вены
- Б. увеличение печени, нормальные размеры селезенки, расширение печеночных вен
- В. увеличение селезенки, расширение воротной вены, асцит
- Г. увеличение печени, увеличение селезенки, сужение воротной вены

70. ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А. увеличение границы относительной тупости в III межреберье справа
- Б. сглаженная талия сердца
- В. подчеркнутая талия сердца
- Г. изолированное увеличение границы относительной тупости в IV межреберье справа

71. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. легочной гипертензии
- Б. стенозе митрального клапана
- В. расширении восходящей части аорты
- Г. расширении полости левого желудочка

72. НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. нарушение ритма сердца
- Б. стабильная стенокардия
- В. диффузный миокардит
- Г. гипертоническая болезнь

73. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО (СДАВЛИВАЮЩЕГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. опухоль
- Б. острый идиопатический перикардит
- В. гипертрофическая кардиомиопатия
- Г. туберкулез

74. У БОЛЬНОГО С ПРИСТУПОМ БОЛИ В ОБЛАСТИ ГРУДИНЫ ДИАГНОЗ «ИНФАРКТ МИОКАРДА» НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ НАЛИЧИИ НА ЭКГ

- А. полной блокады левой ножки пучка Гиса
- Б. атриовентрикулярной блокады I степени
- В. синусовой тахикардии
- Г. асимметричного отрицательного зубца Т в отведении V6

75. СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. парастернальный доступ
- Б. супрастернальный доступ
- В. апикальная
- Г. субкостальная

76. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. развитие кардиогенного шока
- Б. острая левожелудочковая недостаточность
- В. непереносимость йода

Г. старческий возраст пациента

77. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФАЗА ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИИ V1 ОБУСЛОВЛЕНА

- А. проведением импульса по пучку Бахмана
- Б. сокращением правого предсердия
- В. проведением импульса по пучку Кента
- Г. возбуждением левого предсердия

78. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. выраженная гепатомегалия
- Б. кровавая рвота
- В. желтуха с ярким оранжевым оттенком
- Г. пальмарная эритема

79. ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- А. сопутствующей инфекцией
- Б. выраженной гиперкатехоламинемией
- В. артериальной гипотензией
- Г. острой надпочечниковой недостаточностью

80. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. общая КФК
- Б. ЛДГ
- В. миоглобин
- Г. тропонин I

81. ВАГОТОНИЧЕСКИЙ ТИП ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. фибрилляцией желудочков
- Б. экстрасистолией
- В. синусовой тахикардией
- Г. снижением артериального давления

82. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. гипертрофия левого желудочка
- Б. атеросклероз коронарных артерий
- В. коронариит
- Г. коронариит

83. ПА ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

- А. липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)
- Б. альфа липопротеидов (ЛПа)
- В. липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)
- Г. липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)

84. КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ?

- А. Активная систола предсердий
- Б. Появление мерцательной аритмии
- В. Увеличение градиента давления «левое предсердие — левый желудочек»
- Г. Митральная регургитация

Д. Растяжение левого предсердия

85. ПРИ ПОВОРОТЕ СЕРДЦА ВЕРХУШКОЙ ВПЕРЕД НА ЭКГ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- А. блокада левой передней ветви
- Б. электрическая ось типа QI-QII-QIII
- В. отклонение электрической оси вправо
- Г. отклонение электрической оси влево

86. ВЕНОЗНАЯ ГИПЕРЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А. хроническом обструктивном заболевании легких в сочетании с острой пневмококковой пневмонией и правожелудочковой недостаточностью
- Б. острой почечной недостаточности на фоне острого гломерулонефрита и мочекаменной болезни
- В. остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей, варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей
- Г. остром желудочно-кишечном кровотечении на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

87. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

- А. 4-5
- Б. 6-7
- В. 8-9
- Г. 2-3

88. ПО ДАННЫМ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО (ДОМАШНЕГО) КОНТРОЛЯ ДИАГНОЗ «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УСРЕДНЕННОМ ЗНАЧЕНИИ АД БОЛЕЕ (В ММ РТ.СТ.)

- А. 150/90
- Б. 130/80
- В. 140/90
- Г. 135/85

89. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА

- А. во втором межреберье справа от грудины
- Б. в четвертом межреберье справа от грудины
- В. на верхушке
- Г. во втором межреберье слева от грудины

90. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. спазм коронарной артерии
- Б. тромбоз коронарной артерии
- В. внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
- Г. окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой

91. ПРИ WPW СИНДРОМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ QRS СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- А. менее 0,1
- Б. менее 0,12
- В. более 0,1
- Г. 0,08 - 0,12

92. КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ?

- А. волны фибрилляции предсердий
- Б. разные интервалы R-R
- В. уширение комплексов QRS
- Г. внезапное начало и внезапный конец тахикардии

93. ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАПИИ

- А. гипотензивными препаратами
- Б. нестероидными противовоспалительными препаратами
- В. нестероидными противовоспалительными препаратами
- Г. цитостатиками

94. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗАДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОТВЕДЕНИЯХ

- А. патологический зубец Q во I, AVF
- Б. подъем сегмента ST в I, II, AVL
- В. патологический зубец Q во II, III, AVF
- Г. патологический зубец Q в V1-V3

95. К САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ ОТНОСЯТ

- А. уширение комплекса QRS
- Б. укорочение интервала PQ
- В. отрицательные зубцы T
- Г. высокие остроконечные зубцы T

96. ПАЦИЕНТ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЦИФРАМИ АД 170/105 ММ РТ.СТ., ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИМЕЕТ _____ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- А. низкий
- Б. высокий
- В. очень высокий
- Г. умеренный

97. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПЕРЕПАДАМИ ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИЯХ, ОТНОСЯТ

- А. сердцебиение в положении на левом боку
- Б. пульсацию сосудов шеи
- В. цианоз губ, акроцианоз
- Г. инспираторную одышку и периферические отеки

98. ГЕСТАЦИОННОЙ НАЗЫВАЮТ АГ, КОТОРАЯ

- А. развилась после 20 недели беременности и сохраняется более 12 недель после родов
- Б. развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов
- В. зарегистрирована во время первого триместра беременности
- Г. сопровождается протеинурией

99. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД

- А. эхокардиографии

- Б. аускультации
- В. электрокардиографии
- Г. рентгенографии

100. ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОГЛАСНО ИНДЕКСУ СОКОЛОВА – ЛАЙОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. $R I > 11$ мм
- Б. $R I + S III > 25$ мм
- В. $SV1 + RV5/V6 > 35$ мм
- Г. $R/S < 1$ в V1

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ:

- А. АВ-блокаде 2 степени
- Б. тахикардиях из АВ узла
- В. аритмиях, провоцируемых повышенной адренэргической стимуляцией сердца
- Г. аритмиях при гликозидной интоксикации и удлинении QT

2. АНТИАРИТМИКАМИ IA КЛАССА ЯВЛЯЮТСЯ

- А. хинидин, прокаинамид, дизопирамид, аймалин
- Б. морацизин, этацизин, пропафенон
- В. амиодарон, соталол, бретилия тозилат
- Г. дилтиазем, верапамил, нифедипин

3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ ДВА РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- А. 7
- Б. 21
- В. 14
- Г. 28

4. ОСЛАБЛЕНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОГО И ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ДИУРЕТИКОВ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С НПВС СВЯЗАНО С

- А. увеличением содержания ионов кальция
- Б. уменьшением содержания ионов калия
- В. подавлением синтеза простагландинов
- Г. уменьшением содержания ионов хлора

5. ОПТИМАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ГИПОТИАЗИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ СОСТАВЛЯЮТ (В МГ)

- А. 12,5-25
- Б. 25-50
- В. 6,25-12,5
- Г. 25-100

6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДАВЛЕНИЕ РУКАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА

- А. левую половину грудной клетки
- Б. правую половину грудной клетки
- В. центр грудной клетки

Г. верхнюю половину грудины

7. ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- А. прокаинамида
- Б. дезопирамида
- В. верапамила
- Г. амиодарона

8. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЧИТАЮТСЯ

- А. дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- Б. недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. тиазидные диуретики

9. СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. антиагреганты
- Б. антагонисты витамина К
- В. низкомолекулярные гепарины
- Г. прямые оральные антикоагулянты

10. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В УМЕНЬШЕННЫХ ДОЗАХ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ

- А. отмечается повышение эффективности с повышением выраженности побочного действия каждого препарата
- Б. наблюдается снижение эффективности
- В. отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата
- Г. наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений

11. К ГРУППЕ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ОТНОСИТСЯ

- А. эналаприл
- Б. гипотиазид
- В. метопролол
- Г. валсартан

12. ОПТИМАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЛС ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. дигидропиридиновый антагонист кальция и пролонгированный нитрат
- Б. бета-адреноблокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция
- В. триметазидин и бета-адреноблокатор
- Г. ивабрадин и дигидропиридиновый антагонист кальция

13. ПРИ ПОВЫШЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А. лазикса
- Б. пропранолола
- В. вазопрессина
- Г. блокаторов кальциевых каналов

14. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ НЕ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- А. растворов нитроглицерина
- Б. блокаторов кальциевых каналов
- В. сердечных гликозидов
- Г. антагонистов альдостерона

15. ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИЕЙ ОБЛАДАЕТ

- А. амиодарон
- Б. дилтиазем
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. верапамил

16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ПРИМЕНЯЮТ

- А. дипиридамол
- Б. тромболитическую терапию
- В. варфарин
- Г. пентоксифиллин

17. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ _____ АНТИБИОТИКОВ

- А. внутриаертериальное введение
- Б. внутривенное введение
- В. внутримышечное введение
- Г. пероральное применение

18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А. только кардиопротекторы (триметазидин)
- Б. монотерапию гиполипидемическими препаратами
- В. только бета-адреноблокаторы
- Г. сочетание бета-адреноблокаторов, нитратов и антагонистов кальция

19. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТА С ПРОТЕЗИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 3,5–4,5
- Б. 1,5 – 2,0
- В. 3 – 4
- Г. 2,5 – 3,5

20. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОМ ТРАНСФУЗИОННОМ ОСЛОЖНЕНИИ ДОСТИГАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ _____ ДЕЙСТВИЯ

- А. антикоагулянтов прямого
- Б. препаратов фибринолитического
- В. антикоагулянтов непрямого
- Г. препаратов антифибринолитического

21. РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. ацетилсалициловая кислота + кеторолака трометамин
- Б. аторвастатин + эзетимиб
- В. эналаприл + диклофенак
- Г. клопидогрел + омепразол

22. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ, ТАК КАК

- А. они ухудшают прогноз и увеличивают смертность
- Б. увеличивают риск развития сахарного диабета
- В. прием агонистов имидазолиновых рецепторов не противопоказан
- Г. обладают отрицательным инотропным действием

23. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАН

- А. допегит
- Б. гидралазин
- В. вискен
- Г. рамиприл

24. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ВЫСОКИХ ГРАДАЦИЙ У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- А. амиодарону
- Б. дизопирамиду
- В. пропafenону
- Г. флекаиниду

25. ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. снижение потребности миокарда в кислороде
- Б. увеличение сократительной способности миокарда
- В. расширение коронарных сосудов
- Г. увеличение потребности миокарда в кислороде

26. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТ

- А. сердечные гликозиды
- Б. антагонисты кальция
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. диуретики

27. ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ ВЫВЕДЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ С МОЧОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. рамиприл
- Б. лозартан
- В. гипотиазид
- Г. амлодипин

28. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе
- Б. двусторонний стеноз почечных артерий
- В. метаболический синдром
- Г. гипертрофия левого желудочка

29. НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО ПРИ

- А. аортальном стенозе
- Б. трансмуральном инфаркте миокарда в анамнезе
- В. тяжелой почечной недостаточности
- Г. гиперкалиемии

30. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- А. нитроглицерина
- Б. эналаприла
- В. фуросемида
- Г. метопролола

31. ПАЦИЕНТАМ С АГ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ В КОМБИНАЦИИ

- А. бета-адреноблокаторов и антагонистов кальциевых каналов
- Б. ингибиторов АПФ и тиазидных диуретиков
- В. ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензина II
- Г. моксонидина и диуретика

32. СПОСОБНОСТЬ ОГРАНИЧИВАТЬ ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ И БЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯТЬ НА БЛИЖАЙШИЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. бета-блокаторов
- Б. глюкозо-калиевой (поляризирующей) смеси
- В. ингибиторов АПФ
- Г. антагонистов кальция

33. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. ипратропия бромид
- Б. фенотерол
- В. аминофиллин
- Г. сальбутамол

34. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С

- А. двусторонним стенозом почечных артерий
- Б. сахарным диабетом
- В. постинфарктным кардиосклерозом
- Г. сердечной недостаточностью

35. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТАКСОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. синдром слабости синусового узла
- Б. открытоугольная глаукома
- В. хронический бронхит

Г. сердечная недостаточность I-II фк по NYHA

36. ИНТОКСИКАЦИЯ ПРЕПАРАТАМИ ДИГОКСИНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А. болью в сердце
- Б. тошнотой и рвотой
- В. кровотечением
- Г. угнетением сознания

37. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ВЫРАЖЕННЫМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ОТЁКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ

- А. бета-блокаторы
- Б. сердечные гликозиды
- В. периферические вазодилататоры
- Г. диуретики

38. ПАЦИЕНТАМ С АГ И ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

- А. ацетозаломид
- Б. спиронолактон
- В. триамтерен
- Г. гидрохлортиазид

39. К ПРИЗНАКУ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ

- А. изменение формы QRS
- Б. удлинение интервала QT
- В. укорочение сегмента PQ
- Г. укорочение интервала QT

40. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ

- А. моксонидин
- Б. метилдопу
- В. периндоприл
- Г. эналаприл

41. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ДО УРОВНЯ (В ММ РТ.СТ.)

- А. 120
- Б. ниже 120
- В. ниже 130
- Г. ниже 140

42. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ _____ В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА, ЗАМЕДЛЯЮЩЕГО ПРОГРЕССИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А. антагонистов кальция
- Б. петлевых диуретиков
- В. ингибиторов АПФ
- Г. глюкокортикоидов

43. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ КАШЛЯ ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ СВЯЗАН С

- А. снижением содержания ангиотензина-II
- Б. снижением активности ренина плазмы

- В. увеличением продукции брадикинина
- Г. увеличением продукции натрийуретических пептидов

44. НЕБИВОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. неселективным бета1-блокатором с вазодилатирующими свойствами
- Б. высокоселективным альфа- и бета-адреноблокатором
- В. высокоселективным бета1-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами
- Г. аортальная

45. ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НОЧНОГО АПНОЭ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. СРАР-терапия
- Б. пластика язычка и нёбных дужек
- В. ангиопластика коронарных артерий
- Г. лазерная пластика мягкого нёба

46. ПРИ РАЗВИТИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ СЛЕДУЕТ

- А. перейти на прием другого препарата данной группы
- Б. уменьшить принимаемую дозу
- В. полностью отказаться от их применения
- Г. временно их отменить

47. МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- А. 40
- Б. 20
- В. 10
- Г. 15

48. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- А. системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ
- Б. ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов
- В. системной тромболитической терапии
- Г. первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом

49. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОР АТЕНОЛОЛ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСКОЛЬКУ

- А. выводится в неизмененном виде почками
- Б. выводится в виде активных метаболитов
- В. является кардиоселективным бета-адреноблокатором
- Г. имеет длительный период выведения

50. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ОТНОСЯТ

- А. ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике
- Б. омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
- В. никотиновую кислоту
- Г. статины

51. ДАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПОНИЖАЮТ

- А. осмотические диуретики
- Б. ингибиторы АПФ
- В. нитропрепараты
- Г. антагонисты кальция

52. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ПРИ

- А. двусторонней ТЭЛА
- Б. илиофemorальном тромбозе
- В. кардиогенном шоке
- Г. повторной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА)

53. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- А. внутритрахеальное
- Б. внутрисердечное
- В. внутривенное в одну из крупных вен
- Г. энтеральное

54. К СЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСИТСЯ

- А. надолол
- Б. метопролол
- В. карведилол
- Г. пропранолол

55. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЛУЧАЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРОПУСКА ПРИЕМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА С БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ

- А. понижения частоты сердечных сокращений, повышения артериального давления, сонливости, диспепсии
- Б. аритмии, понижения артериального давления, инсомнии, тошноты
- В. резких перепадов артериального давления, аритмии, головной боли, слабости, спутанности сознания
- Г. повышения частоты сердечных сокращений, повышения артериального давления, болей за грудиной, беспокойства

56. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. АВ-блокада II-III степени
- Б. наджелудочковая экстрасистолия
- В. сахарный диабет
- Г. фибрилляция предсердий

57. У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ

- А. гидрохлортиазида
- Б. доксазозина
- В. карведилола
- Г. кандесартана

58. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ, РАСТВОРИМЫМ В ВОДЕ И ЖИРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. метопролол

- Б. бисопролол
- В. соталол
- Г. карведилол

59. ПРИСТУПАТЬ К ВЫПОЛНЕНИЮ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРИ

- А. отсутствию у пострадавшего реакции зрачков на свет
- Б. возникновении у пострадавшего признаков острой сердечно-сосудистой недостаточности
- В. отсутствию у пострадавшего признаков сознания, дыхания и кровообращения
- Г. отсутствию сознания у пострадавшего более 5 минут

60. ПРЕПАРАТАМИ, К КОТОРЫМ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. антагонисты кальция
- Б. антикоагулянты
- В. нитраты
- Г. ингибиторы АПФ

61. У БОЛЬНЫХ С WPW ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А. кордарон
- Б. лидокаин
- В. финоптин
- Г. дигоксин

62. ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. запор
- Б. кашель
- В. головная боль
- Г. мышечная слабость

63. У БОЛЬНЫХ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- А. молсидомина
- Б. коринфара
- В. нитратов
- Г. бета-блокаторов

64. ПАЦИЕНТАМ С ИБС И СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- А. аспирин
- Б. нифедипина
- В. нитроглицерина
- Г. верапамила

65. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 35% ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- А. дигидропиридиновых антагонистов кальция
- Б. бета-адреноблокаторов
- В. тиазидных диуретиков
- Г. верапамила и дилтиазема

66. НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 80 ЛЕТ ПРОВОДЯТ ПРИ АД БОЛЬШЕ (В ММ РТ.СТ)

- А. 160
- Б. 150
- В. 180
- Г. 140

67. БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРИ

- А. гипертонической ангиопатии сетчатки глаза
- Б. расслаивающей аневризме аорты
- В. гипертонической энцефалопатии
- Г. нарушении мозгового кровообращения

68. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. аортальный стеноз
- Б. ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ
- В. констриктивный перикардит
- Г. двусторонний стеноз почечных артерий

69. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. протеинурия
- Б. сухой кашель
- В. увеличение веса
- Г. гипокалиемия

70. СНИЖАЮТ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА И НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮТ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

- А. альфа-адреноблокаторы
- Б. мочегонные средства
- В. антагонисты кальция
- Г. неселективные бета-адреноблокаторы

71. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. сердечные гликозиды
- Б. нитраты
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. диуретики

72. ДАВЛЕНИЕ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А. ладонью одной руки, расположенной в середине грудины
- Б. кулаком одной руки резкими движениями
- В. ладонями обеих рук, помещенными крест-накрест
- Г. двумя расположенными одна над другой руками, взятыми в замок

73. СНИЖЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СПОСОБСТВУЮТ

- А. ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- Б. бигуаниды
- В. тиазолидиндионы
- Г. агонисты рецепторов ГПП-1

74. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А. препаратами никотиновой кислоты
- Б. аторвастатином
- В. фенофибратом
- Г. колестиполом

75. АМФИФИЛЬНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ, РАСТВОРИМЫМ В ВОДЕ И ЖИРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. атенолол
- Б. бетаксол
- В. соталол
- Г. метопролол

76. СПРОВОЦИРОВАТЬ ПРИСТУП ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИАРИТМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–УАЙТА МОЖЕТ

- А. верапамил
- Б. биспролол
- В. амиодарон
- Г. пропранолол

77. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. хроническая обструктивная болезнь легких
- Б. атриовентрикулярная блокада 2 степени
- В. хроническая болезнь почек
- Г. атриовентрикулярная блокада 1 степени

78. БЛАГОПРИЯТНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- А. усилением сократительной способности миокарда
- Б. снижением уровня холестерина в сыворотке крови
- В. цитопротективным действием на миокардиоциты
- Г. снижением потребности миокарда в кислороде

79. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРЕПАРАТ

- А. лазикс
- Б. клонидин
- В. фентанил
- Г. сернокислая магнезия

80. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция
- Б. антагонисты кальция и дигоксин
- В. ивабрадин и антагонисты кальция
- Г. ивабрадин и антагонисты кальция

81. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СЧИТАЮТ

- А. нифедипин
- Б. эналаприл
- В. нитроглицерин
- Г. сульфат магния

82. АТЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А. β -адреноблокаторами
- Б. α -адреноблокаторами
- В. тиазидными диуретиками
- Г. кортикостероидами

83. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ ТИПОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А. бета-адреноблокаторы
- Б. мочегонные средства
- В. препараты центрального действия
- Г. антагонисты кальция

84. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПЕРЕД ПЕРВИЧНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (ЧКВ) СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

- А. 150
- Б. 75
- В. 600
- Г. 300

85. ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ

- А. повышении МНО
- Б. увеличении ночного диуреза с изогипостенурией
- В. увеличении активности ГГТП и щелочной фосфатазы
- Г. развитии печеночно-почечного синдрома

86. ТЕЛМИСАРТАН ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ

- А. с низким связыванием с белками плазмы крови
- Б. высоколипофильным
- В. выводящимся преимущественно почками
- Г. для двукратного приема

87. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАРУШАЮЩИМИ ЗАКЛАДКУ ПОЧЕК ПЛОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. блокаторы кальциевых каналов
- Б. бета-адреноблокаторы
- В. ингибиторы АПФ
- Г. агонисты I-имидазолиновых рецепторов

88. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. бета-адреноблокаторы
- Б. нитраты
- В. антагонисты кальция
- Г. ингибиторы АПФ

89. ОДНИМ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. снижение активации симпато-адреналовой системы
- Б. временная гиперактивация системы ренин-ангиотензин-альдостерон
- В. снижение чувствительности рецепторов сосудистой стенки
- Г. вазодилатация с задержкой хлорида натрия и воды

90. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХС ЛНП МОНОТЕРАПИЕЙ СТАТИНАМИ К ЛЕЧЕНИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОБАВИТЬ

- А. ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике
- Б. эссенциальные фосфолипиды
- В. антиагреганты
- Г. флавоноиды расторопши

91. К ПРОКИНЕТИКАМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПО ТИПУ «ПИРУЭТ», ОТНОСЯТ

- А. папаверина гидрохлорид
- Б. итоприда гидрохлорид
- В. домперидон
- Г. метоклопрамид

92. ДАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ Понижают

- А. антагонисты кальция
- Б. нитропрепараты
- В. ингибиторы АПФ
- Г. осмотические диуретики

93. ОТ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ДОЛЖНО ПРОЙТИ НЕ БОЛЕЕ (Пороговое значение в минутах)

- А. 30
- Б. 180
- В. 120
- Г. 60

94. К ГЛАВНЫМ ПРЕПЯТСТВИЯМ ДЛЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ РААС ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А. кашель
- Б. тошноту и рвоту
- В. гипокалиемию
- Г. гиперкалиемию

95. ВЕРАПАМИЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ ТАХИКАРДИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ

- А. полиморфной
- Б. типа «пируэт»
- В. двунаправленной
- Г. идиопатической

96. У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КОНЕЧНОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИЕМА НИТРАТОВ

- А. вначале повышается, а затем понижается

- Б. понижается
- В. повышается
- Г. не изменяется

97. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ МАССАЖУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. отсутствие сознания
- Б. остановка дыхания
- В. остановка сердца
- Г. остановка кровообращения, развившаяся при торакальных, либо внутрибрюшных операциях

98. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТОВ С АГ СНИЖАЕТ

- А. вероятность достижения целевых значений АД
- Б. комплаентность к лечению
- В. вероятность поражения органов -мишеней
- Г. вероятность удержания на терапии

99. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. полная блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с атрио-вентрикулярной блокадой 2 степени типа Мобитц-1
- Б. наличие признаков дисфункции синусового узла при суточном мониторинге электрокардиограммы
- В. потеря сознания при атрио-вентрикулярной блокаде 2-3 степени
- Г. бессимптомная атриовентрикулярная блокада 2-3 степени у больных старше 60 лет, зафиксированная на электрокардиограмме

100. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ОТНОСЯТ

- А. блокаторы рецепторов ангиотензина II
- Б. неселективные β -адреноблокаторы
- В. диуретики
- Г. α -адреноблокаторы

101. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. снижение внутриклубочковой гипертензии
- Б. повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах
- В. повышение активности депрессорной системы почек
- Г. снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон

102. КАРДИОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ВПЛОТЬ ДО РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ПРЕПАРАТ

- А. доксорубицин
- Б. дактиномицин
- В. блеомицин
- Г. сарколизин

103. МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕГАТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ

- А. антагонисты медленных кальциевых каналов
- Б. антагонисты рецепторов ангиотензина II
- В. β -адреноблокаторы

Г. ингибиторы АПФ

104. К ПРЕПАРАТАМ, ИНГИБИРУЮЩИМ ГМГ- КОА РЕДУКТАЗУ, ОТНОСЯТ

- А. эзетимиб
- Б. никотиновую кислоту
- В. фибраты
- Г. статины

105. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ В₁-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ВЛИЯЕТ НА ФАРМАКОДИНАМИКУ

- А. инсулина
- Б. β-адреноблокаторов
- В. блокаторов медленных кальциевых каналов
- Г. β₂-адреномиметиков

106. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ДИГОКСИНА ПОВЫШЕН РИСК

- А. возникновения расстройств сна, недержания мочи
- Б. возникновения закрытоугольной глаукомы, диареи
- В. возникновения тахикардии, запоров
- Г. падения и переломов, возникновения брадикардии

107. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. тахиформа фибрилляции предсердий
- Б. А-В блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В. гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
- Г. рестриктивная кардиомиопатия с наличием ХСН

108. ПРЕПАРАТАМИ РЕЗЕРВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. антагонисты кальция
- Б. β-адреноблокаторы
- В. диуретики
- Г. α₁-блокаторы

109. К АНТИАРИТМИКАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ IV КЛАССА, ОТНОСЯТ

- А. морацизин, этацизин, пропafenон
- Б. хинидин, прокаинамид, аймалин
- В. амиодарон, соталол
- Г. лидокаин, тримекан, мексилетин

110. АЛЬФА-БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. соталол
- Б. карведилол
- В. небиволол
- Г. бисопролол

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому. **Жалобы:** на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания. В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования капель Вотчала. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпироном, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст. Также из анамнеза известно, что 3 года назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Образование высшее, из служащих. На пенсии с 65 лет. Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост 176 см, масса тела 105 кг, ИМТ 33,14 кг/м², ОТ 108 см. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 86 ударов в минуту, АД 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Результаты дополнительного обследования. ОАК: эритроциты 4,8 Г/л, гемоглобин 154 г/л, ЦП 1,02, СОЭ 8 мм/ч, тромбоциты 250 Г/л, лейкоциты 7,0 Г/л. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн.плотность 1012, белок – следы, эритроциты- нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, бактерии – умеренное количество. Глюкоза в плазме крови натощак 5,9 ммоль/л.

Исследование общего холестерина (ОХС) 6,4 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 1,22 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 3,9 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 2,14 ммоль/л.

Эхокардиография трансторакальная. Полость левого желудочка: Dd 4,7 см; KDO 98 мл; KSO 38 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,1 см (N до 1,0 см); ЗС 1,15 см (N до 1,1 см). Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=61%. Нарушение локальной сократимости: нет. Диастолическая функция нарушена по псевдонормальному типу, E/A = 1,53. Полость правого желудочка: 2,6 см на боку (N до 2,6 см на спине), толщина свободной стенки ПЖ: 0,3 см, характер движения стенок: не изменён. Левое предсердие: 56 мл. Правое предсердие: 46 мл. Митральный клапан не изменён, регургитации нет. Аортальный клапан не изменён, регургитации нет. Трикуспидальный клапан не изменён, регургитации нет. Клапан лёгочной артерии: признаков лёгочной гипертензии нет, регургитации нет. Диаметр ствола легочной артерии: 1,8 см. Диаметр корня аорты: 3,2 см. Стенки аорты не изменены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет. Заключение: незначительная гипертрофия стенок левого желудочка с нарушением его диастолической функции.

УЗИ почек. Почки с обеих сторон: положение типичное, размеры в пределах нормы, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, синусы не расширены, слева теней конкрементов не выявлено, справа в проекции верхнего полюса лоцируется киста диаметром 9 мм. В проекции надпочечников дополнительных образований не выявлено. Заключение: киста правой почки.

УЗИ щитовидной железы. Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация

тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узлы без особенностей. Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №2

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику. **Жалобы:** на повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания. Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст.

Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимание на неоднократное повышение уровня глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Работает юристом в строительной компании. Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия. Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, длительный стаж курения, умер в возрасте 68 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6. Имеются поражения сетчатки глаза, ангиопатия.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не выслушиваются. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Результаты дополнительного обследования. ОАК: эритроциты 4,25 Г/л, гемоглобин 126 г/л, ЦП 0,79, СОЭ 7 мм/ч, тромбоциты 276 Г/л, лейкоциты 7,6 Г/л. ОАМ: светло-желтая,

прозрачная, отн.плотность 1012, белок – следы, эритроциты- нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, бактерии – умеренное количество. Глюкоза в плазме крови натощак 5,9 ммоль/л.

Исследование общего холестерина (ОХС) 6,4 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 1,22 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 3,9 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 2,14 ммоль/л.

Глюкоза крови натощак - 8,0 ммоль/л , 9,0 ммоль/л при повторном измерении, Калий - 4,4 ммоль/л, Na -144 ммоль/л, Креатинин крови – 97 мкмоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕРІ= 73 мл/мин/1,73м². Мочевая кислота – 330 мкмоль/л. Свободный метанефрин в моче – 228 мкг/сут.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №3

У преподавателя вуза, 30 лет, при обследовании по поводу оформления медицинской справки для водительской комиссии было выявлено повышение артериального давления (150/95 мм рт.ст.).

Анамнез заболевания. 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).

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №4

Мужчина 57 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение. **Жалобы** на нестабильное артериальное давление (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Анамнез заболевания. Около 6 лет страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст.; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает. Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,8 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Результаты дополнительного обследования. Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, уд.вес 1012, следы белка, осадка нет. Глюкоза в венозной крови 6,4 ммоль/л. Исследование общего холестерина (ОХС) 5,3 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 1,22 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 3,9 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 1,14 ммоль/л, ИА 3,34. Креатинин 120 мкмоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 57 мл/мин/1,73 м².

Суточное мониторирование АД. Среднее АД днем 163/96 мм рт.ст., ночью 142/82 мм рт.ст. Сон беспокойный. Макс. САД 178 мм рт.ст., ДАД 104 мм рт.ст. Суточный индекс САД 8%-нондиппер. Суточный индекс ДАД 12%-диппер. Среднее пульсовое давление 60 мм рт.ст. (N до 53 мм рт.ст.). Показатели нагрузки давлением по ИВСАД: днем – 27 % (повышенное), ночью – 40% (повышенное), по ИВДАД: днем – 8% (нормальное), ночью – 28% (возм. повышенное). Повышение скорости утреннего подъема САД. **ЭКГ покоя в 12 отведениях:** ритм синусовый, правильный, ЧСС 75 в минуту, PR 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTс 392 мсек., нормальное положение ЭОС, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.

УЗИ почек киста левой почки.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №5

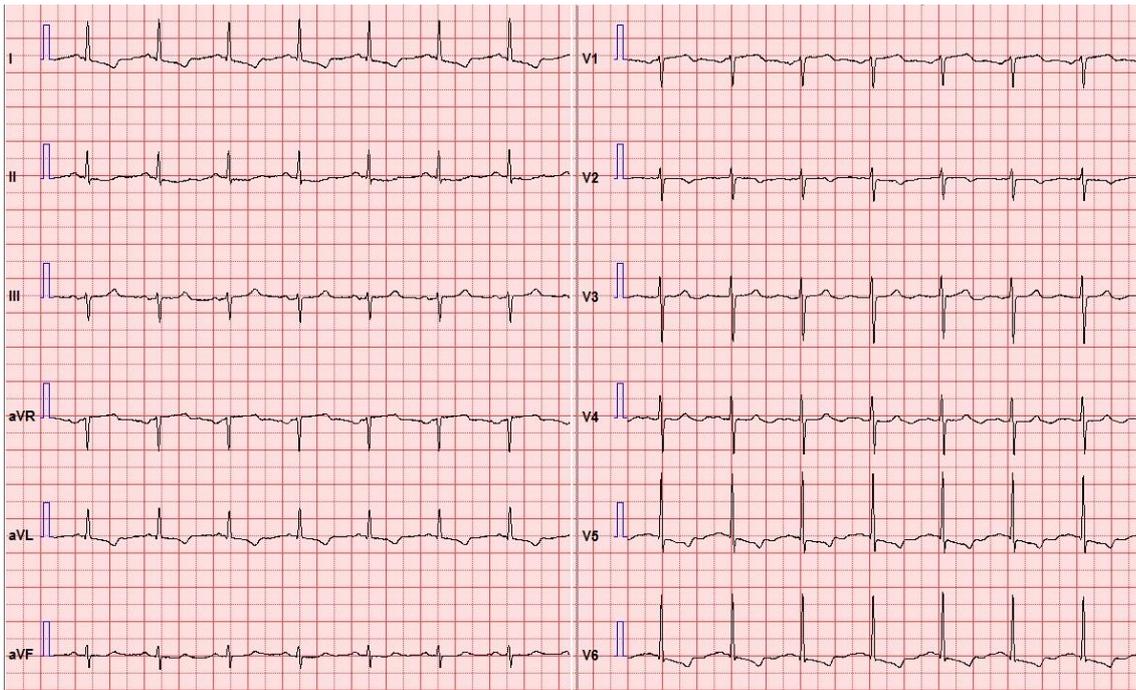
Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту. **Жалобы:** на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания. Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез жизни: хронические заболевания отрицает, в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Результаты дополнительного обследования. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях.



Трансторакальное эхокардиографическое исследование. Аорта уплотнена, диаметр 3,6 см ($N \leq 3,7$). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,9 см ($N > 1,5$), кровоток 1,4 м/сек ($N < 1,7$), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 1,3 см ($N < 1,1$), толщина задней стенки 1,2 ($N < 1,1$) см, конечный диастолический размер 4,8 см ($N < 5,9$), индекс массы миокарда левого желудочка 135 ($N \leq 115$) г/м², фракция выброса 63 % ($N \geq 52$), нарушение диастолической функции 1-й степени. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан не изменен, кровоток 1,0 м/с, регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,8 см ($\leq 4,0$), объем 40 мл (≤ 58). Диаметр легочной артерии 2,0 см, систолическое давление в легочной артерии 25 мм рт. ст. ($N < 30$). Кровоток на клапане легочной артерии 0,8 м/сек ($N < 0,9$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,2 см ($N \leq 3,0$). Трикуспидальный клапан не изменен, кровоток 0,65 м/сек ($N < 0,7$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,4 см ($N < 4,0$), объем 35 мл ($N < 50$). Нижняя полая вена на выдохе 1,6 см ($N \leq 2,2$), на вдохе 0,6 см (N – спадение в вдохе > 50 %). Полость перикарда не изменена. Заключение. Нарушений локальной сократимости в покое нет. Гипертрофия и диастолическая дисфункция левого желудочка 1-й степени. Размеры полостей сердца в пределах нормы.

Исследование липидного спектра крови

Общий ХС	6,1 ммоль/л ($N < 5,0$)
ХС ЛПНП	5,2 ммоль/л ($N < 3,0$)
ХС ЛПВП	0,8 ммоль/л ($N > 1,0$)
Триглицериды	2,6 ммоль/л ($N < 1,7$)

Высокочувствительный тропонин I

Тропонин I 0,009 нг/мл ($N < 0,017$)

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №6

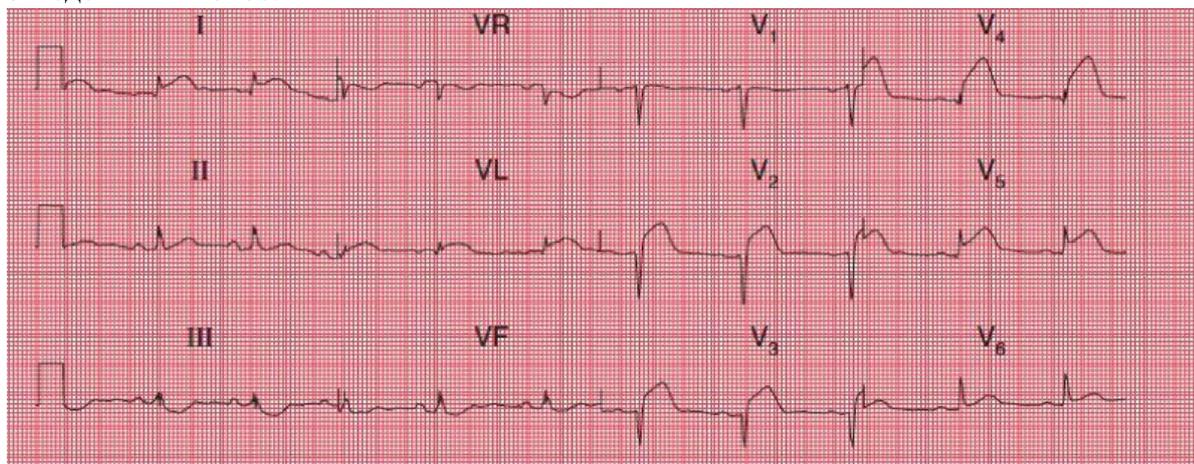
Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства. **Жалобы** на чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни; медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту; по профессии бухгалтер; перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет; наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет; вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает; регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Объективный статус. Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Результаты дополнительного обследования. МВ-фракция креатинкиназы в динамике 96 ЕД/л (0-24 ЕД/л), через 6 часов – 223 ЕД/л (0-24 ЕД/л), через 12 часов – 180 ЕД/л (0-24 ЕД/л). Тропонин I в динамике 22 нг/мл (норма менее 0,028 нг/мл), через 6 часов – 52 нг/мл (норма менее 0,028 нг/мл), через 12 часов – 37 нг/мл (норма менее 0,028 нг/мл). ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое:



Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Проведение суточного мониторирования не позволит начать лечение в необходимые сжатые сроки и удлинит время от первичного медицинского контакта до постановки диагноза, в настоящее время проведение не показано до выполнения реперфузионного лечения.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №7

Больной Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому. **Жалобы** на перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Последний год не работает, пенсионер. 5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин. Не курит, алкоголь не употребляет. Семейный анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Результаты дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты 4,6 Т/л, гемоглобин 136 г/л, гематокрит 41%, ЦП 0,9, тромбоциты 270 Г/л, лейкоциты 7,8 Г/л, СОЭ 8 мм/ч. Биохимический анализ крови: Креатинин 68 мкмоль/л, Мочевая кислота 376 мкмоль/л, Холестерин общий 6,2 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, Глюкоза 7,6 ммоль/л, Гликозилированный гемоглобин 6,7%, Триглицериды 2,9 ммоль/л, АлТ 23 Ед, АсТ 28 Ед.

Суточное мониторирование ЭКГ. Основной ритм синусовый, все время исследования полная блокада левой ножки пучка Гиса. За время регистрации выявлено 6128 одиночных желудочковых экстрасистол, максимально 239 за час. В вечернее время эпизоды бигеминии. Пробежек ЖТ нет. Пауз нет.

Эхокардиография. Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 11 мм. Сократительная функция миокарда ЛЖ снижена. Выявлена зона акинеза передне-перегородочной стенки левого желудочка. ФВ ЛЖ 42%.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №8

Женщина 30 лет.

Анамнез заболевания. 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.).

Объективный статус. 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.

Результаты дополнительного обследования. Анализ мочи: уд. вес 1022, белок 0,15 г/л, 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. Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №9

Больной К. 66 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства. **Жалобы** на слабость, прогрессирующие снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.

Анамнез заболевания. Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент отрицает. Утверждает, что кроме сахарного диабета, который диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного медицинского осмотра, ничего не беспокоит. Состоит на учете у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки. Одновременно с верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг, который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно похудел, регулярно принимает аторвастатин 40 мг в сутки. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

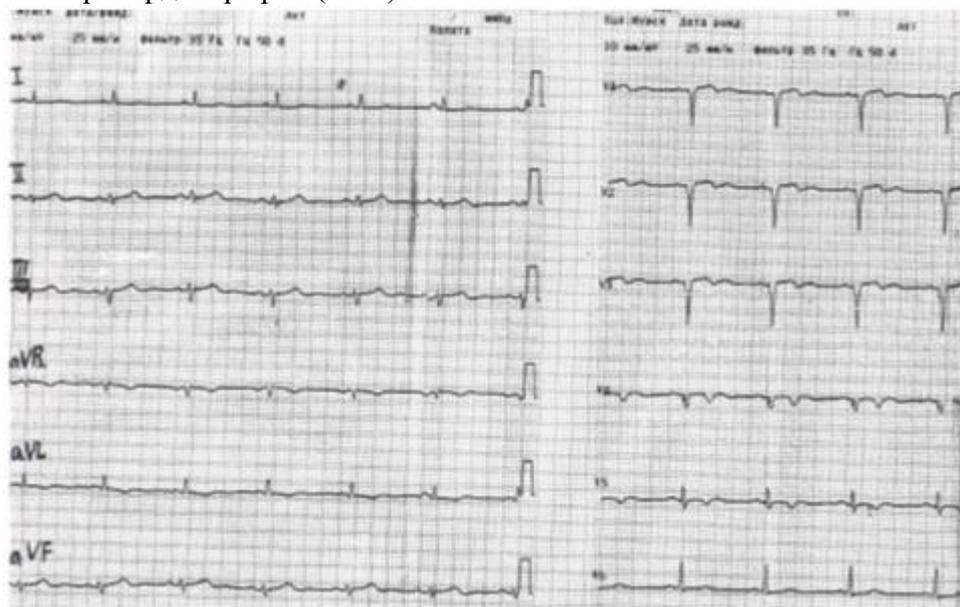
Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоподвижный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ 27,78 кг/м², объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим

притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковых точках не определяется.

Результаты дополнительного обследования. Глюкоза крови натощак – 7,6 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин – 6,9 %. ОАК: Гемоглобин 143 г/л, Эритроциты 4,5 Т/л, Лейкоциты 5,9 Г/л, Тромбоциты 330 Г/л, СОЭ 11 мм/ч. Биохимия крови: Холестерин 6,2 ммоль/л, Холестерин ЛПНП 4,5 ммоль/л, Холестерин ЛПВП 0,9 ммоль/л, Триглицериды 2,7 ммоль/л

Электрокардиография (ЭКГ) в покое.



Трансторакальная эхокардиограмма (ЭхоКГ). Полости сердца не расширены, клапанный аппарат не изменен. Признаки атеросклероза восходящей части дуги аорты. Обнаружены зоны акинеза перегородки и гипокинеза верхушки левого желудочка. ФВ 45%

Рентгенография органов грудной клетки. Заключение: признаки умеренного венозного застоя в легких. Инфильтративных теней нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №10

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники. **Жалобы** на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью,

возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

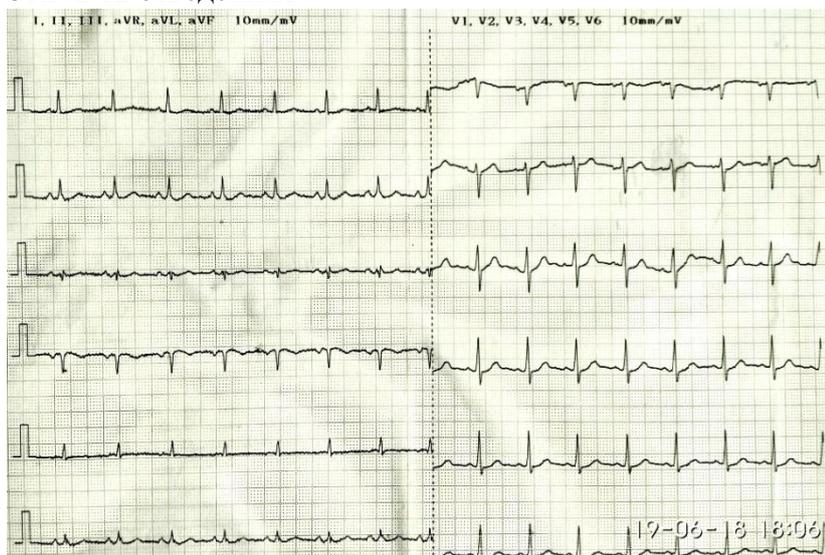
Анамнез заболевания. Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально, служил в армии. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит. Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет. Работает водителем-дальнобойщиком, 32 года курит по 20 сигарет в день. Сопутствующие заболевания: отрицает.

Объективный статус. При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Результаты дополнительного обследования. ОАК: Гемоглобин 160 г/л, Эритроциты 5,6 Т/л, Лейкоциты 6,4 Г/л, Тромбоциты 256 Г/л, СОЭ по Панченкову 4 мм/ч. Биохимия: Белок общий 77 г/л, Креатинин 92 мкмоль/л, Мочевая кислота 216 мкмоль/л, Холестерин общий 6,4 ммоль/л, ЛПНП 3,4 ммоль/л, ЛПВП 0,8 ммоль/л, Глюкоза 6,0 ммоль /л, Триглицериды 1,8 ммоль/л, АСТ 28 Ед/л, АЛТ 32 Ед/л, Калий 4,2 ммоль/л, Натрий 147 ммоль/л. Общий анализ мочи: Относительная плотность 1011, реакция слабо-кислая; белок – 0,03 г/л, глюкоза - отсутствует; эритроциты - 0, лейкоциты 1-2 в поле зрения. С-реактивный протеин 1,9 мг/л, РФ 11 МЕд/л.

ЭКГ в 12 отведениях



Эхо-КГ. Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 10 мм. Зоны с нарушенной локальной сократимостью не выявлены. ФВ ЛЖ 61%. Патологических потоков нет.

ФЭГДС. Пищевод проходим. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки бледно-розовая, складки хорошо расправляются воздухом. В желудке умеренное количество слизи. Перистальтика умеренная. Привратник не изменен. В 12-

перстной кишке незначительное количество желчи. Область большого дуоденального сосочка не изменена. Постбульбарные отделы – без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ИЛЕОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Подагры
- Б. Деформирующего остеоартроза
- В. Ревматоидного артрита
- Г. Анкилозирующего спондилоартрита

2. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- А. Подагрического артрита
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Остеоартроза
- Г. Реактивного артрита

3. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОСТЕОАРТРОЗА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ

- А. Имеется лейкоцитоз
- Б. Изменений нет
- В. Определяется лейкопения
- Г. Имеется тромбоцитопения

4. ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А. Высокий титр АСЛО
- Б. Повышение АлАт
- В. Ускорение СОЭ
- Г. Узелки Гебердена

5. ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ ОДНОСТОРОННИЙ САКРОИЛИИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Остеоартроза
- Б. Подагры
- В. Синдрома Рейтера
- Г. Болезни Бехтерева

6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАННЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В _____ СУСТАВАХ

- А. Локтевых
- Б. Проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых

- В. Коленных или голеностопных
- Г. Плечевых

7. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ

- А. Снижение плотности рентгенологической тени
- Б. Уплотнение кортикального слоя
- В. Увеличение поперечной и уменьшение вертикальной исчерченности тел позвонков
- Г. Наиболее частую локализацию компрессий С6, С7, Т1, Т2

8. ПОД РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОНИМАЮТ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕ СУСТАВОВ

- А. Аутоиммунное воспалительное
- Б. Аллергическое
- В. Дистрофическое
- Г. Инфекционно-аллергическое воспалительное

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЛИАРТРИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Ревматоидный артрит
- Б. Острая ревматическая лихорадка
- В. Системная красная волчанка
- Г. Псориатическая артропатия

10. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Хроническая печеночная недостаточность
- Б. Псориаз
- В. Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
- Г. Терапия глюкокортикостероидами

11. К ПРИЗНАКАМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ОТНОСЯТ

- А. Скованность в позвоночнике в ночные часы
- Б. Конъюнктивит
- В. Анемию
- Г. Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника

12. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Вовлечение мелких суставов кистей
- Б. Мигрирующий характер
- В. Вовлечение позвоночника
- Г. Вовлечение мелких суставов стоп

13. ТИПИЧНОЙ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ МАЛАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ

- А. Полиартрит, полисерозит, дерматит
- Б. Полиартрит, хронический тонзиллит, уретрит,
- В. Олигоартрит, атрофия мышц, демодекоз
- Г. Олигоартрит, пневмония, полимиоклонус

14. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Тромбоцитоз
- Б. Редкое развитие гломерулонефрита
- В. Анкилозирование суставов
- Г. Повышение титра антител к ДНК

15. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А. Дерматомиозите
- Б. Болезни Бехчета
- В. Ревматоидном артрите
- Г. Системной красной волчанке

16. ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Псориаз
- Б. Снижение канальцевой секреции уратов при употреблении алкоголя
- В. Повышение синтеза эндогенных пуринов
- Г. Хронический миелолейкоз

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. Циркулирующих иммунных комплексов
- Б. Антител к стрептолизину О
- В. Фибриногена
- Г. Лейкоцитоза

18. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Деформирующего остеоартроза
- Б. Системной красной волчанки
- В. Подагры
- Г. Ревматоидного артрита

19. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ _____ СУСТАВЫ

- А. Плечевые
- Б. Коленные
- В. Голеностопные
- Г. Пястно-фаланговые

20. ВЫЯВЛЕНИЕ ДВУСТОРОННЕГО САКРОИЛИИТА ВТОРОЙ СТАДИИ И ВЫШЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. Анкилозирующего спондилоартрита
- Б. Диффузного идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье)
- В. Псориатического артрита
- Г. Реактивного артрита

21. ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ С

- А. Шейного отдела
- Б. Грудного отдела
- В. Крестцово-подвздошных суставов
- Г. Вовлечения в процесс всех отделов позвоночника

22. ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гломерулонефрит
- Б. Амилоидоз
- В. Пиелонефрит
- Г. Поликистоз

23. ВЫСОКАЯ ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. Узелкового полиартериита
- Б. Системной красной волчанки
- В. Системной склеродермии
- Г. Ревматоидного артрита

24. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМУСЯ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТ

- А. HLA-B27
- Б. Ревматоидный фактор
- В. Антимитохондриальные антитела
- Г. Антинейтрофильные антитела

25. РЕВМАТИЗМ ПОНСЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А. Иерсиниозе
- Б. Туберкулезе
- В. Сальмонеллезе
- Г. Хламидиозе

26. ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ МОНОАРТРИТОМ КРУПНОГО СУСТАВА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. Анкилозирующем спондилите
- Б. Псориатическом артрите
- В. Пояснично-крестцовом остеохондрозе
- Г. Ревматоидном артрите

27. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ОТНОСЯТ

- А. Остеофиты
- Б. Пробойники
- В. Подхрящевой остеосклероз
- Г. Краевые костные эрозии эпифизов

28. ОДНИМ ИЗ "БОЛЬШИХ" КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА "ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА" ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Пневмонит
- Б. Гломерулонефрит
- В. Полиартрит
- Г. Геморрагический васкулит

29. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- А. Мышечную гипотрофию
- Б. Утреннюю скованность более 1 часа
- В. Ревматоидные узелки
- Г. Ульнарную девиацию кистей

30. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА

- А. Локтевого сустава
- Б. Первого плюснефалангового сустава
- В. Проксимальных межфаланговых суставов кисти
- Г. Дистальных межфаланговых суставов кисти

31. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ПЕРВЫМИ ВОВЛЕКАЮТСЯ СУСТАВЫ

- А. Корневые (плечевые и тазобедренные)
- Б. Коленные
- В. Дистальные межфаланговые
- Г. Проксимальные межфаланговые

32. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- А. β -гемолитическим стрептококком группы С
- Б. Золотистым стафилококком
- В. Вирусом Эпштейн-Барр
- Г. β -гемолитическим стрептококком группы А

33. ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Обнаружение хламидий в соскобе из уретры
- Б. Повышение скорости оседания эритроцитов
- В. Протеинурия
- Г. Ревматоидный фактор

34. КРИТЕРИЯМИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Поражение ≥ 1 сустава; значительный внутрисуставной выпот; дистрофические изменения кожи вокруг пораженного сустава
- Б. Поражение 2-3-х суставов; очень интенсивная боль; интермиттирующая лихорадка; болевые точки в местах прикрепления сухожилий
- В. Воспаление более 2-х суставов; поражение коленных и/или плечевых суставов; утренняя скованность > 2 часов
- Г. Воспаление более 3-х суставов; поражение пястно-фаланговых и/или плюснефаланговых суставов; утренняя скованность > 30 мин

35. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- Б. Гипотрофия мышц бедер
- В. "Утиная походка"
- Г. Ограничение отведения и приведения бедер

36. ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАСТО НАБЛЮДАЮТ

- А. Нейроэндокринные нарушения
- Б. Генетическую предрасположенность
- В. Аутоиммунные нарушения
- Г. Энзимопатии

37. КОНТРАКТУРА КИСТЕЙ, СИНДРОМ РЕЙНО, МИКРОСТОМИЯ, ЭЗОФАГОСКЛЕРОЗ, АТРОФИЯ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А. Дерматомиозита
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Сифилиса
- Г. Склеродермии

38. НАЛИЧИЕ АНТИЯДЕРНЫХ АНТИТЕЛ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. Системной красной волчанки

- Б. Острого гломерулонефрита
- В. Ревматоидного артрита
- Г. Инфекционного эндокардита

39. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. Двусторонним сакроилиитом, увеитом, аортальной недостаточностью
- Б. Наличием синдрома Рейно
- В. Односторонним сакроилеитом, иридоциклитом, митральной недостаточностью
- Г. Наличием остеофитов

40. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- А. Крестцово-подвздошные
- Б. Коленные
- В. Кистей
- Г. Позвоночные

41. СКАНДИНАВСКИЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ПОХОЖ НА СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ

- А. Подагре
- Б. Болезни Рейтера
- В. Ревматоидном артрите
- Г. Системной красной волчанке

42. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Подагры
- Б. Деформирующего остеоартроза
- В. Реактивного артрита
- Г. Ревматоидного полиартрита

43. ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Обнаружение антител к гладкой мускулатуре
- Б. Наличие ревматоидного фактора
- В. Наличие высоких титров антистрептолизина
- Г. Обнаружение LE-клеток

44. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Пульмонит
- Б. Полинейропатия
- В. Гепатит
- Г. Серозит

45. НОСИТЕЛЬСТВО В 27-АНТИГЕНОВ HLA СВОЙСТВЕННО ДЛЯ

- А. Ревматоидного артрита
- Б. Дерматомиозита
- В. Синдрома Шегрена
- Г. Анкилозирующего спондилита

46. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ОТЛОЖЕНИЕ _____ В ТКАНИ

- А. Мочевой кислоты
- Б. Воспалительных грануляций
- В. Амилоидного белка
- Г. Липидов (холестерола и холестерина)

47. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- А. Шейного
- Б. Поясничного
- В. Крестцового
- Г. Грудного

48. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- А. Аутоиммунный гемолиз
- Б. Нарушение утилизации железа
- В. Нарушения всасывания железа
- Г. Активность ревматоидного процесса

49. У ПАЦИЕНТОВ С ИНВОЛЮЦИОННЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ С ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА D, ОСТЕОКАЛЬЦИНА И

- А. Паратиреоидного гормона
- Б. Гонадотропинов
- В. Эстрадиола
- Г. Пролактина

50. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ОТНОСЯТ

- А. Повторные кровоизлияния в сустав
- Б. Эндокринные нарушения
- В. Асептический некроз
- Г. Функциональную перегрузку с микротравматизацией

51. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА) ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

- А. Детей
- Б. Молодых мужчин
- В. Людей пожилого возраста
- Г. Женщин в климактерическом периоде

52. ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Склерит
- Б. Кератит
- В. Эписклерит
- Г. Увеит

53. ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА, НЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Недостаточность митрального клапана
- Б. Бородавчатый эндокардит
- В. Облитерирующий эндартериит коронарных артерий с ишемией миокарда
- Г. Миокардиальный фиброз

54. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А. Подагрической артропатии
- Б. Склеродермии
- В. Саркоидоза
- Г. Костно-суставного туберкулеза

55. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

- А. 2-3 недели
- Б. 4 дня
- В. 10 месяцев
- Г. 1-2 года

56. ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТРИАДА: УРЕТРИТ, КОНЪЮНКТИВИТ, СИНОВИТ?

- А. Псориагического артрита
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Синдрома Рейтера
- Г. Болезни Бехтерева

57. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- А. Эритематозных высыпаний
- Б. Кольцевидной эритемы
- В. Узловой эритемы
- Г. Папулезно-пустулезной сыпи

58. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ _____ СУСТАВОВ

- А. Голеностопных
- Б. Плюснефаланговых
- В. Коленных
- Г. Пястно-фаланговых

59. К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ

- А. Лейкоцитоз
- Б. Тромбоцитоз
- В. Лейкопения
- Г. Железодефицитная анемия

60. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

- А. Ангиоматозный
- Б. Васкулитно-пурпурный
- В. Гематомный
- Г. Петехиально-пятнистый

61. К ВЕДУЩИМ ФАКТОРАМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ

- А. Понижение овариальной функции у женщин в течение жизни
- Б. Отсутствие в питании на первом году жизни цельного коровьего молока
- В. Исходную плотность костной ткани и генетическую предрасположенность

Г. Повышение физической активности

62. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИВШЕЙСЯ ПРОТЕИНУРИИ (ДО 2 Г/СУТКИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Амилоидоз почек
- Б. Гломерулонефрит
- В. Пиелонефрит
- Г. Интерстициальный нефрит

63. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ХАРАКТЕРНО

- А. Повышение температуры кожи над суставами
- Б. Появление гиперпигментации кожи над пораженными суставами
- В. Появление механических болей
- Г. Появление припухлости суставов

64. ДЕРМАТОМИОЗИТ ЯВЛЯЕТСЯ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОВЫШЕНИЕМ

- А. КФК
- Б. СРБ
- В. АЦЦП
- Г. АНФ

65. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация
- Б. Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
- В. Миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
- Г. Вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка

66. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ТИПИЧНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ В _____ СУСТАВАХ

- А. Первых плюсне-фаланговых
- Б. Пястно-фаланговых
- В. Лучезапястных
- Г. Первых запястно-пястных

67. ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭРИТЕМА

- А. Узловатая
- Б. Кольцевидная
- В. Эксудативная
- Г. Мигрирующая

68. ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Замедленная гиперергическая реакция на антигены стрептококка
- Б. Возникновение заболевания в любом возрасте
- В. Наличие аутосомно-доминантной наследственности для развития заболевания
- Г. Редкость аутоиммунных реакций

69. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Дефицит внутреннего фактора Кастла

- Б. Гемолиз
- В. Подавление красного роста
- Г. Кровотечение

70. К ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- А. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), ревматоидный фактор
- Б. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)
- В. Антинуклеарный фактор (АНФ)
- Г. Антитела к двуспиральной ДНК (АТ к dsДНК)

71. ДЛЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- А. Никольского
- Б. Бенъе-Мещерского
- В. Мерфи
- Г. Грефе

72. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОТНОСЯТ

- А. Ишемический колит
- Б. Полинейропатию
- В. Ринит, фарингит
- Г. Миокардит

73. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- А. Синдром хронической усталости
- Б. Наличие циркулирующих иммунных комплексов
- В. Полисерозит
- Г. Синдром Рейно

74. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СУСТАВАМИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Тазобедренные
- Б. Локтевые
- В. Дистальные первых пальцев рук и ног
- Г. Коленные

75. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ТИПИЧНО

- А. Наличие ассоциации с урогенитальной инфекцией
- Б. Наличие стойкой деформации тазобедренных суставов
- В. Поражение крупных суставов конечностей
- Г. Поражение мелких суставов кистей

76. ЧРЕЗМЕРНАЯ АКТИВАЦИЯ ФИБРОБЛАСТОВ И ИЗБЫТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НЕЗРЕЛЫХ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН С РАЗВИТИЕМ НЕРЕГУЛИРУЕМОГО ФИБРОЗА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А. Остеоартрозе
- Б. Дерматомиозите
- В. Системной склеродермии
- Г. Полимиозите

77. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ СИМПТОМЫ СУХОСТИ, ОТСУТСТВИЯ СЛЮНЫ ВО РТУ, РЕЗЕЙ В ГЛАЗАХ, ОТСУТСТВИЯ СЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

- А. Тибъерже-Вайссенбаха

- Б. Рейно
- В. Жакку
- Г. Шегрена

78. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ

- А. Остеоартрозе
- Б. Системной красной волчанке
- В. Подагре
- Г. Палиндромной острой ревматической лихорадке

79. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Деформация суставов
- Б. «Бабочка» на лице
- В. Остеолиз ногтевых фаланг
- Г. Резкая мышечная слабость

80. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ПОРАЖЕНИЕ

- А. Голеностопных суставов
- Б. Пястно-фаланговых суставов
- В. Первых плюснефаланговых суставов
- Г. Дистальных межфаланговых суставов кистей

81. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ИССЛЕДУЮТ

- А. Уровень креатинина
- Б. Содержание мочевины и остаточного азота
- В. Активность креатинфосфокиназы
- Г. Содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой

82. КАЛЬЦИНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Системной красной волчанки и ревматоидного артрита
- Б. Анкилозирующего спондилита и реактивного артрита
- В. Остеоартроза и подагрического артрита
- Г. Системной склеродермии и дерматомиозите

83. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. Гиперхромной анемии
- Б. Лейкоцитоза
- В. Гемолитической анемии
- Г. Абсолютной эозинофилии

84. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Остеофит пяточных костей и костей таза
- Б. Двусторонний сакроилиит
- В. Односторонний сакроилеит
- Г. Округлый дефект костей черепа

85. БИОПСИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- А. Анкилозирующего спондилоартрита

- Б. Реактивного артрита
- В. Туберкулеза сустава
- Г. Ревматоидного артрита

86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- А. 60-80
- Б. 5-20
- В. 50-60
- Г. 20-50

87. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

- А. Диастолический шум над аортой
- Б. Артрит
- В. Систолический шум на митральном клапане
- Г. Узловатая эритема

88. В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Тромбообразование
- Б. Инфекционно-воспалительный
- В. Иммунный
- Г. Склерозирование

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Хроническая ревматическая болезнь сердца
- Б. Кальциноз митрального клапана
- В. Врожденный порок сердца
- Г. Инфекционный эндокардит

90. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

- А. Умеренный лейкоцитоз
- Б. Повышение уровня белков острой фазы
- В. Высокая активность креатинфосфокиназы
- Г. Наличие гемолитической анемии

91. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Наличие в крови антител к антигену Scl-70
- Б. Присутствие в крови единичных LE-клеток
- В. Поражение легких
- Г. Обнаружение ревматоидного фактора

92. НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ СВОЙСТВЕННО

- А. Темпоральному артерииту
- Б. Узелковому периартриту
- В. Системной красной волчанке
- Г. Болезни Такаясу

93. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ

- А. Гранулематоз с полиангиитом

- Б. Артериит Такаясу
- В. Узелковый полиартериит
- Г. Пурпуру Шейнлейн-Геноха

94. ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. Выраженной коарктации грудного отдела аорты
- Б. Дефекта межжелудочковой перегородки
- В. Болезни и синдрома Иценко-Кушинга
- Г. Неспецифического аortoартериита

95. ОСОБЕННОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Отсутствие поражения легочной артерии
- Б. Развитие склеродермической почки
- В. Формирование CREST-синдрома
- Г. Отсутствие склонности к фиброзу легких

96. У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- А. Дерматомиозита
- Б. Системной красной волчанки
- В. Узелкового артериита
- Г. Системной склеродермии

97. ВЫСОКО СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ТАКАЯСУ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЛЕНИЕ

- А. Приступообразных парестезий кистей рук
- Б. Pulsus differens на лучевых артериях
- В. Приступообразного побледнения пальцев рук
- Г. Атрофических изменений мышц верхнего плечевого пояса

98. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- А. Артрит
- Б. Люпуснефрит
- В. Алопецию
- Г. Ревматоидные узелки

99. ПОД ЭНДОКАРДИТОМ ЛИБМАНА-САКСА ПОНИМАЮТ

- А. Ревматический эндокардит
- Б. Асептический тромбэндокардит
- В. Эндокардит при системной красной волчанке
- Г. Инфекционный вальвулит

100. «ШТАМПОВАННЫЕ» КИСТЫ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Остеоартроза
- Б. Артриты при СКВ
- В. Ревматоидного артрита
- Г. Подагры

101. АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РУКАХ, А ТАКЖЕ ПОВЫШЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- А. Такаясу

- Б. Лериша
- В. Конна
- Г. Иценко-Кушинга

102. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Иммунокомплексный механизм
- Б. Неспецифический инфекционно-воспалительный процесс
- В. Аутоиммунный механизм
- Г. Инфекционно-токсический механизм

103. К ГРУППЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ ОТНОСЯТ

- А. Апластическую анемию
- Б. Хронический лимфолейкоз
- В. Острый лейкоз
- Г. Болезнь Шенлейн-Геноха

104. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- А. Симметричного олигоартрита
- Б. Асимметричного полиартрита
- В. Асимметричного моноартрита
- Г. Симметричного полиартрита

105. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОСТЕОПОРОЗ ОБУСЛОВЛЕН СНИЖЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ОСТЕОБЛАСТОВ ПО ПРИЧИНЕ

- А. Снижения синтеза тиреотропного гормона
- Б. Дефицита ИФР-1
- В. Угнетения синтеза кальцитриола в почках
- Г. Дефицита инсулина

106. СИНДРОМ РЕЙНО ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- А. Системной склеродермии
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Узелкового полиартериита
- Г. Дерматомиозита

107. РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А. b-макроглобулин
- Б. Антитело к синовиальной оболочке
- В. Аутоантитела, как правило IgM, реагирующие с Fc-фрагментом IgG
- Г. Простагландин

108. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ

- А. Подростков обоего пола
- Б. Женщин в постменопаузе
- В. Молодых мужчин
- Г. Женщин детородного возраста

109. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Дизэритропоэтическая анемия, нейтрофилез, тромбофилия
- Б. Гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения

- В. Сидероахрестическая анемия, лимфоцитоз, тромбоцитоз
- Г. Гемолитическая анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопатия

110. ГЛАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Болезненные точки на теле
- Б. Хроническая боль
- В. Выраженная астения
- Г. Плохой ночной сон

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА МЕТОТРЕКСАТА В ДОЗЕ 7,5 МГ 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОШНОТА, ТО ТАКТИКОЙ ВРАЧА БУДЕТ

- А. Назначение больших доз аскорбиновой кислоты
- Б. Уменьшение дозы метотрексата до 5 мг в неделю
- В. Назначение фолиевой кислоты
- Г. Отмена метотрексата

2. КУПИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

- А. Аллопуринола
- Б. Иммобилизация пораженных суставов
- В. Нестероидных противовоспалительных препаратов
- Г. Глюкокортикоидов

3. ПАЦИЕНТУ С ЯЗВЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ ИЗ ГРУППЫ НПВС

- А. Эторикоксиб
- Б. Диклофенак
- В. Нимесулид
- Г. Напроксен

4. ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ЭФФЕКТИВНА ПРИ

- А. Первичном амилоидозе
- Б. Гипертонической форме ХГН
- В. Волчаночном нефрите
- Г. Диабетической нефропатии

5. НАЗНАЧЕНИЕ ДИКЛОФЕНАКА ПРИ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТЕРАПИЕЙ

- А. Этиотропной
- Б. Патогенетической
- В. Симптоматической
- Г. Заместительной

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЮТ

- А. Высокие дозы глюкокортикоидов
- Б. Антибактериальные препараты и нестероидные противовоспалительные препараты
- В. Циклофосфамид
- Г. Метотрексат, лефлуноמיד

7. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ИЗ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ НПВС ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Нимесулид
- Б. Эторикоксиб
- В. Ибупрофен
- Г. Напроксен

8. ПРИ ПОДАГРЕ НЕ СЛЕДУЕТ В КАЧЕСТВЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО СРЕДСТВА ПРИМЕНЯТЬ

- А. Амлодипин
- Б. Гидрохлортиазид
- В. Метопролол
- Г. Моксонидин

9. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Лефлуномид
- Б. Гидроксихлорохин
- В. Пеницилламин
- Г. Метотрексат

10. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Сартаны
- Б. Тиазидные диуретики
- В. Бета-адреноблокаторы
- Г. Прямые ингибиторы ренина

11. БОЛЬНОМУ С УМЕРЕННЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН ПРИЕМ

- А. Колхицина
- Б. Аминохинолиновых препаратов
- В. НПВС
- Г. Кортикостероидов

12. ПОД ИНФЛИКСИМАБОМ ПОНИМАЮТ

- А. Антибактериальный препарат
- Б. Антитела к фактору некроза опухоли
- В. Системный глюкокортикоид
- Г. Производное 5-Аминосалициловой кислоты

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КРАСНУШНОГО АРТРИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А. Нестероидные противовоспалительные препараты
- Б. Миорелаксанты
- В. Хондропротекторы
- Г. Глюкокортикостероиды

14. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ СОЛЕЙ ЗОЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Лейкопения
- Б. Дерматит
- В. Стоматит
- Г. Нефропатия

15. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ПРОВОДИТСЯ

- А. D-пеницилламином
- Б. Сульфасалазином
- В. Солями золота
- Г. Препаратами хинолинового ряда

16. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА НЕВОЗМОЖНО ДОСТИГНУТЬ

- А. Улучшения показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата
- Б. Снижения активности заболевания
- В. Полного излечения
- Г. Снижения интенсивности болей

17. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Утренняя скованность более 30 мин
- Б. Механическая боль в суставе
- В. Утренняя скованность до 30 мин
- Г. Воспалительная боль в суставе

18. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- А. Этанерцепт
- Б. Тофацинитиб
- В. Сульфасалазин
- Г. Инфликсимаб

19. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КУРСА ПЕНИЦИЛЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СОСТАВЛЯЕТ _____ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АТАКИ

- А. 40 лет
- Б. 5 лет
- В. 10 лет
- Г. 3 года

20. АНТИБИОТИКИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- А. Псориатическом артрите
- Б. Ревматоидном артрите
- В. Синдроме Рейтера
- Г. Болезни Бехтерева

21. КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ

- А. Профилактики и лечения нефропатии
- Б. Снижения гиперурикемии
- В. Рассасывания подкожных тофусов
- Г. Купирования острого артрита

22. К СРЕДСТВАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- А. Глюкокортикоиды
- Б. Хондропротекторы
- В. Гиалуроновую кислоту

Г. Колхицин

23. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

- А. Метотрексат, лефлуномид
- Б. Аллопуринол
- В. Циклофосфамид, азатиоприн
- Г. Мелоксикам, напроксен

24. ИЗ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ УРИКОЗУРИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ

- А. Лозартан
- Б. Бисопролол
- В. Гипотиазид
- Г. Капотен

25. НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016Г.) ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В АНАМНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОКАЗАНО

- А. Пероральный прием амоксициллина+клавулановая кислота
- Б. Внутримышечное введение бензилпенициллина
- В. Пероральный прием линкомицина
- Г. Внутримышечное введение цефалоспорино I-II поколения

26. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИКАМИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ

- А. Свертываемости
- Б. Мочевины, креатинина
- В. Скорости оседания эритроцитов
- Г. Лейкоцитов крови

27. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ПОЗВОЛЯЕТ

- А. Уровень альбумина в крови
- Б. Уровень холестерина в крови
- В. Клинический анализ крови
- Г. Клинический анализ мочи

28. ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН СЧИТАЮТ (МГ/СУТКИ)

- А. 30-100
- Б. 7,5-30
- В. Менее 7,5
- Г. Более 100

29. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Гипотиазид
- Б. Цистон
- В. Диклофенак
- Г. Аллопуринол

30. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЛЕФЛУНОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Снижение гемоглобина

- Б. Повышение артериального давления
- В. Снижение массы тела
- Г. Развитие гастропатии

31. РАЗОВАЯ ДОЗА КЕТОРОЛАКА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- А. 7,5-15
- Б. 10-30
- В. 200-400
- Г. 8-16

32. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Подагра
- Б. ИБС
- В. Инсульт в анамнезе
- Г. Сахарный диабет

33. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А. Цитостатик
- Б. Глюкокортикостероид
- В. Колхицин
- Г. Дезагрегант

34. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А. Глюкокортикостероид
- Б. Препарат кальция
- В. Ингибитор АПФ
- Г. Кальцитриол

35. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИНДУКТОТЕРМИЯ НА НАДПОЧЕЧНИКИ И СУСТАВЫ С ЦЕЛЬЮ _____ ДЕЙСТВИЯ

- А. Иммуномодулирующего
- Б. Обезболивающего
- В. Противовоспалительного
- Г. Дегидратирующего

36. ПАЦИЕНТЫ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ВАСКУЛИТАМИ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А. Антагонисты кальция
- Б. Сосудистые средства
- В. Циклофосфан
- Г. Нестероидные противовоспалительные препараты

37. К КЛАССУ МЕДЛЕННО ДЕЙСТВУЮЩИХ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ОТНОСИТСЯ

- А. Хондроитинсульфат
- Б. Лефлуномид
- В. Пироксикам
- Г. Тизанидин (сирдалуд)

38. К КЛАССУ БЛОКАТОРОВ ФНО ОТНОСИТСЯ

- А. Ритуксимаб

- Б. Инфликсимаб
- В. Метотрексат
- Г. Сарилумаб

39. К ДИЕТИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПРИ ПОДАГРЕ ОТНОСЯТ ОГРАНИЧЕНИЕ

- А. Приема алкоголя
- Б. Молочных продуктов
- В. Жареных блюд
- Г. Потребления соленых продуктов

40. НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ВАСКУЛИТАМИ ВЛИЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А. Глюкокортикоидов
- Б. Нестероидных противовоспалительных препаратов
- В. Вазодилататоров
- Г. Цитостатиков

41. АЛЛОПУРИНОЛ ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- А. 0,3-0,5 г/сутки на 1-1,5 года
- Б. 0,3-0,5 г/сутки на 1-2 месяца
- В. 1 г/сутки на 5-6 месяцев
- Г. 0,1 г/сутки на 1 год

42. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Метиндол
- Б. Гепарин
- В. Антибиотики
- Г. Викасол

43. К ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ (СПЕЦИФИЧЕСКИМ) ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 ОТНОСЯТ

- А. Кеторолак
- Б. Мелоксикам
- В. Целекоксиб
- Г. Диклофенак

44. НИЗКИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН СЧИТАЮТ (В МГ/СУТКИ)

- А. 7,5-30
- Б. Более 100
- В. 30-100
- Г. Менее 7,5

45. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛОПУРИНОЛОМ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕ _____ МКМОЛЬ/Л

- А. 460
- Б. 400
- В. 260
- Г. 360

46. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЮТ
- А. Бициллин
 - Б. Цефтриаксон
 - В. Супрастин
 - Г. Ампициллин
47. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОВОДИТСЯ
- А. Долгительно, с коррекцией дозы в зависимости от динамики показателей крови и наличия побочных эффектов
 - Б. По схеме с интервалами между курсами лечения
 - В. Долгительно с периодической заменой одного базисного препарата на другой
 - Г. Максимально долгительно
48. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
- А. Болезни почек
 - Б. Туберкулезную инфекцию
 - В. Язвенную болезнь желудка
 - Г. Заболевания сердечно-сосудистой системы
49. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН
- А. Колхицин
 - Б. Аллопуринол
 - В. Фебуксостат
 - Г. Бензбромарон
50. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ
- А. Повышение АД
 - Б. Гепатотоксичность
 - В. Гастропатия
 - Г. Кровотечение
51. ПРЕПАРАТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. Преднизолон
 - Б. Делагил
 - В. Индометацин
 - Г. Румалон
52. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО АРТРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ
- А. Делагилом
 - Б. С использованием плазмафереза в первые 2 недели заболевания
 - В. Цитостатиками
 - Г. Пенициллином в первые 10 дней заболевания
53. ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВНУТРЬ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
- А. В начальной стадии заболевания без системных проявлений
 - Б. С моно- или олигоартритом
 - В. С активностью III степени

Г. С активностью I степени

54. СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ

- А. Диуретики
- Б. Антиагреганты
- В. Макролидные антибиотики
- Г. Транквилизаторы

55. ИЗ-ЗА РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ

- А. Аминокапроновую кислоту
- Б. Дабигатрана этексилат
- В. Далтепарин натрия
- Г. Ацетилсалициловую кислоту

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

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

Анамнез заболевания: жалобы появились 10 лет назад, отмечала их эпизодически после физических перегрузок. Принимала нестероидные противовоспалительные препараты с хорошим эффектом. Последнее обострение возникло 2 недели назад, без видимых причин. Принимала НПВП внутрь и местно без эффекта. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: холецистэктомия 2014 г. (ЖКБ), гепатит, туберкулез, СД – отрицает.

Объективный статус. Рост – 161 см, вес – 110 кг, ОТ – 123 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы: болезненность коленных суставов при пальпации в области внутренней крестообразной связки, симптом баллотирования надколенника отрицательный, гиперемии, гипертермии над коленными суставами не определяется. Движения пассивные в полном объеме. Крепитация при движении. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 140/80 мм. рт. ст. Пульс 68 ударов в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные дополнительного обследования. Общий анализ крови: Эритроциты 4,2 Е/л, гемоглобин 126 г/л, ЦП 0,89, лейкоциты 6,8 Г/л, СОЭ 19 м/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 112 мкмоль/л, СКФ 44 мл/мин по СКД-ЕРІ, РФ 15,4 МЕ/мл, кальций 2,4 ммоль/л, мочевиная кислота 340 ммоль/л. УЗИ почек – кисты обеих почек. Рентгенологическое исследование коленных суставов: остеоартроз левого коленного сустава 1 ст., правого коленного сустава 1-2 ст.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 2

Больной А., 48 лет. **Жалобы:** на боль в коленных, голеностопных суставах, припухлость этих суставов, боли постоянные, есть в покое, повышение температуры над этими суставами. Покраснение и припухлость 2 пальца правой стопы. Утренняя скованность не беспокоит.

Анамнез заболевания. В 2002 году появились припухлость и боли в правом голеностопном суставе. Принимал нимесил с полным эффектом, артрит разрешился. 5 лет назад перенес флебэктомию по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей справа. После операции вновь повторение симптоматики. Лечился народными средствами. 4 года назад появилась боль и припухлость в правом коленном суставе, хирургом диагностирован синовит, бурсит, проводилась внутрисуставная пункция с введением глюкокортикостероидов. Установлен диагноз реактивный артрит. Направлен на консультацию в ревматологу, назначено дообследование: анализ крови на АТ к хламидиям. Со слов больного хламидии обнаружены не были. Последнее ухудшение месяц назад.

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

Объективный статус. Рост – 179 см, вес – 90 кг, объем талии – 106 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. В области левой ушной раковины – подозрение на тофус. Суставы: ограничение движений в проксимальном межфаланговом суставе 3 пальца левой кисти, припухлость правого коленного сустава и правого голеностопного сустава, межфалангового сустава 2 пальца правой стопы, повышение температуры и гиперемия кожи над этими суставами. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 150/90 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту, наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты 4,8 Е/л, гемоглобин 156 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты 7,8 Г/л, СОЭ 45 мм/ч. Общий анализ мочи – соломенно-желтая, реакция кислая, удельный вес 1007, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 20-30 в поле зрения. Биохимический анализ крови: мочева кислота 475 мкмоль/л, С-реактивный белок 61,3 мг/л, креатинин 130 мкмоль/л, СКФ 54 мл/мин по СКД-ЕРІ. УЗИ правого коленного сустава - синовит правого коленного сустава. Рентгенологическое исследование стоп – без патологии. УЗИ почек – конкрементов нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 3

Мужчина М. 21 год. **Жалобы:** на скованность по утрам в пояснично-крестцовой области в течение 3 часов, стреляющие боли от ягодиц по задней поверхности бедра с обеих сторон, при ходьбе по утрам боль в области илеосакральных сочленений. Ноющие боли в грудном отделе позвоночника. При поворотах шей и наклонах тянущие боли. Ежедневно принимает аэртал. Сухость глаз утром и покраснение левого глаза утром.

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

Анамнез жизни. Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез: не отягощен.
Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Болезненность при пальпации по остистым отросткам грудного и поясничного, крестцового отделов позвоночника, в области илеосакральных сочленений. Проба Шобера 4 см, проба Томайера 24 см. Боковые наклоны 7 см. Проба Форестье – норма. Припухших и болезненных суставов нет. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту, наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты 4,6 Т/л, гемоглобин 136 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты 7,8 Г/л, СОЭ 38 мм/ч. СРБ 2,9 Ед/мл. HLA-B27 обнаружен,

МРТ: двусторонний сакроилиит.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 4

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

Анамнез заболевания. Боли в спине около года, никуда не обращалась, нигде не лечилась, ухудшение в течение 2 мес.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: эрозии антрального отдела желудка. Гепатит, туберкулез, СД – отрицает. Гинекологические заболевания отрицает, менопауза с 49 лет. Наследственность: у матери перелом шейки бедра. Аллергологический анамнез: не отягощен.

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

Данные дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты 3,5 Т/л, гемоглобин 120 г/л, ЦП 0,86, лейкоциты 6,7 Г/л, СОЭ 32 мм/ч. ОАМ: соломенно-желтый, уд вес 1010, лейкоциты 1-2-3 в поле зрения, эритроциты 12-13-15 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л, креатинин 85 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 346, кальций 2,47 ммоль/л, фосфор 0,97 ммоль/л. УЗИ почек: микролиты в правой и левой почках. Фиброз стенок элементов почечных синусов. Остеоденситометрия: все бедро Ткр.=-4,0, шейка Ткр.=-4,4; позвоночник Т кр. общий L1-L4=- 6,0 (L2=-6,6). МРТ позвоночника: сужение позвоночного канала на уровне Th11, признаки компрессионных переломов тел Th11, Th12, L2, L3, Спондилоартроз, умеренный С-образный сколиоз левосторонний.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).

5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 5

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

Анамнез заболевания. Впервые боли в суставах левой кисти появились 3 мес. назад, без видимых причин. Обратился к неврологу, был направлен на МРТ, выявлена межпозвоночная грыжа шейного отдела позвоночника (С5, С6, С7). Использовал кетонал с хорошим эффектом. Затем появились боли в коленных суставах, припухание правого коленного сустава, припухание лучезапястных суставов, пястно-фаланговых суставов 2, 3 пальца правой кисти. Кетонал перестал помогать. Обратился к участковому терапевту и неврологу. Назначалось лечение: трентал, димексид, цитофлавин, берлитион, диафлекс без эффекта. Неврологом назначен дипроспан в/м. После укола существенное улучшение.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, аппендэктомия, варикозная болезнь вен нижних конечностей (оперативное лечение слева), операция на правом коленном суставе (артроскопическая) по какому поводу не знает. Наследственность: у отца рак гортани. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы: болезненность при пальпации и синовит левого лучезапястного сустава, пястно-фаланговых суставов 2, 3 пальцев левой кисти, припухлость правого коленного сустава, бурсит левого локтевого сустава, с-м сжатия кистей сомнительный, движения в лучезапястных суставах и суставах кисти ограничены из-за умеренных болей (на фоне приема дипроспана). Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты 4,2 Т/л, гемоглобин 130 г/л, ЦП 0,87, лейкоциты 7,6 Г/л, СОЭ 26 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, удельный вес 1017, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, соли+. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 17,3 мг/л, ревматоидный фактор 102 МЕ/мл, АЛТ 49 ЕД/л (норма до 40), АСТ 38 ЕД/л, креатинин 87 мкмоль/л, мочевая кислота 367 мкмоль/л. АЦЩП 226,8 ЕД/мл. Рентгенологическое исследование кистей и лучезапястных суставов: околосуставной остеопороз.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 6

Больная 21 года, студентка. **Жалобы:** на появление отеков голеней и стоп, боли в суставах кистей, выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5 С, покраснение в области носа и щек, слабость.

Анамнез заболевания. В июле впервые отдыхала на море в Турции, уже в конце отдыха появились эритематозные высыпания в области спинки носа и щек, по типу «бабочки», отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: увеличились отеки, появились

артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. АД - 110-120/70 мм рт.ст.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 160 см. Кожные покровы бледные, на коже лица эритема по типу «бабочки». Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

Данные дополнительного обследования. Общий анализ мочи: 130 мл, желтая, 1018, белок 2,5 г/л, лейкоциты 5-7 в поле зрения, эритроциты 50-70 в поле зрения, эритроцитарные цилиндры. Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты 3,6 Г/л, эритроциты 5,37 Т/л, тромбоциты 110 Г/л, СОЭ 50 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 130 мкмоль/л, АЛТ 15 ЕД/л, АСТ 19 ЕД/л, мочевая кислота 160,2 мкмоль/л. Иммунологическое исследование: Антиядерные АТ –АНФ 1:640, АТ к двухспиральной ДНК 47.95 (норма 0-20 МЕ/мл). УЗИ почек: Контуры почек ровные, четкие, размеры 110x50 мм, толщина паренхимы 21 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. ЧЛС не расширена.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 7

Пациент И., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на субфебрилитет до 37,5°C, боли и «опухание» коленных суставов, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, общую слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания. Около 3-х недель назад «на ногах» перенес очередную ангину, протекавшую с болями в горле, повышением температуры тела до 37,3°C. Лечился полосканиями раствором соды. Боли в горле прошли, температура тела нормализовалась, однако неделю назад вновь отметил ее повышение до субфебрильных цифр, появление болей при ходьбе в коленных суставах, затем появление припухлости над ними, общую слабость, повышенную утомляемость. Лечился индометациновой мазью местно без существенного эффекта. 2-3 дня назад появился дискомфорт в области сердца, отметил появление небольшой одышки и перебоев при умеренной физической нагрузке. Для обследования и лечения поступил в стационар.

Анамнез жизни. Больной рос и развивался нормально. Является студентом ВУЗа. Не курит, алкоголь не употребляет, диету не соблюдает. Родители здоровы, однако у тетки по линии матери в молодом возрасте диагностирован порок сердца. Из перенесенных заболеваний отмечает коклюш в детском возрасте, а также частые ангины.

Объективный статус. Состояние средней тяжести, температура тела 37,3°C, кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отмечается увеличение в объеме коленных суставов за счет отека, кожные покровы над ними не изменены, при пальпации локально температура повышена, определяется болезненность при активных и пассивных движениях. При осмотре полости рта миндалины увеличены, видны единичные белые «пробки» в лакунах. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, размером с небольшую горошину, мягкоэластические. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. ЧД в покое 17 в мин, в легких хрипов нет, перкуторный звук ясный легочный. При перкуссии сердца левая граница на 1 см левее средне-ключичной линии, остальные границы в норме. При аускультации сердечные

тоны приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС 100/мин, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Данные дополнительного обследования. В клиническом анализе крови лейкоциты 13 Г/л, п/я 3%, с/я 75%, СОЭ 37 мм/ч. СРБ 10,3 мг/л, фибриноген 5,5 г/л. Титр анти-О-стрептолизина 1:400. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 100/мин, вертикальное положение ЭОС, PQ<0,24 с, QRS - 0,08 с, единичные предсердные экстрасистолы. При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, небольшое расширение сердца влево. При ЭХО-кардиографии: диастолический диаметр левого желудочка 5,9 см, остальные камеры в пределах нормы. ФВ 50%, митральная регургитация 1-П степени. Створки клапанов не изменены.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 8

Пациентка С, 20 лет поступила в стационар с **жалобами** на боли в коленных суставах при ходьбе, повышение температуры тела до 37,3 С, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания. 3 недели назад перенесла ангину, протекавшую с повышением температуры до 38,5 С, болями в горле. Начатое лечение бензилпенициллином было прекращено из-за появления крапивницы. Препарат заменен на азитромицин, на фоне чего боли в горле прошли, температура тела нормализовалась. Однако в течение последней недели отметила вновь повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, общую слабость. Три дня назад появились боли в правом коленном суставе при ходьбе. Сегодня эти боли несколько уменьшились, однако «заболел» левый коленный сустав.

Анамнез жизни. В детстве росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу и училище. Работает на складе в холодном помещении. Из перенесенных болезней отмечает частые простудные заболевания в последнее время. Наследственность неотягощена: отцу 45 лет, матери 43 года, практически здоровы, братьев, сестер нет. Отмечается аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы.

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,0°С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфатические узлы не увеличены, за исключением поднижнечелюстных и околоушных. Отеков нет. Суставы визуально не изменены. Отмечается небольшая болезненность при выполнении активных и пассивных движений в коленных суставах, больше левом. При перкуссии легких звук ясный легочный, хрипы не выслушиваются. Сердце перкуторно не расширено. Тоны несколько приглушены, выслушивается тихий систолический шум на верхушке. ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительного обследования. В клиническом анализе крови: лейкоциты 10 Г/л, п/я 2%, с/я 75%, СОЭ 20 мм/ч. СРБ 12,3 мг/л. Титр антител к анти-О-стрептолизину 1:350. На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 96/мин, PQ 0,18 с, QRS 0,08 с. Нарушений ритма не зафиксировано. При рентгенографии легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 9

Больной З., 18 лет, студент, обратился с **жалобами** на выраженные боли в коленных, голеностопных суставах, припухлость и ограничение подвижности в указанных суставах, недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке.

Анамнез заболевания. В течение 3 недель отмечает недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,8°C. 5 дней назад появились сильнейшие летучие боли в коленных, затем в голеностопных суставах при малейших движениях, сопровождающиеся припухлостью и покраснением кожных покровов над суставами. Отмечал кратковременный эффект от приема аспирина. Обратился самостоятельно в связи с усилением слабости и одышки. Около 1 месяца назад перенес ангину, не лечился, продолжал посещать занятия.

Объективный статус. Кожные покровы повышенной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные, голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними горячая на ощупь, припухлость периартикулярных тканей, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Состояние суставных концов правильное, костные выступы не определяются, шумов при движении нет. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 102 уд/мин; I тон на верхушке ослаблен. Систолический шум на верхушке, длительный, дующий, проводится в левую подмышечную область, не зависит от положения тела. АД 125/80 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9.8.7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительного обследования. ОАК: Нб 120 г/л, эритроциты 4,0 Г/л, ЦП 1,0, лейкоциты 8,9 Г/л, э 4%, п/я 5%, с/я 53%, л 32%, м - 6%, СОЭ - 22 мм/час. ОАМ: отн. плотность 1019, белок, сахар - нет, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения. Билирубин общий 14,6 (прямой 3,3, непрямой 11,3) мкмоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, АСТ 18 ЕД/л, АЛТ 24 ЕД/л, общий белок 75 г/л, глюкоза 5,1 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 10

Больная С., 46 лет, поступила в клинику с **жалобами** на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1-2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола.

Анамнез заболевания. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС с некоторым эффектом. За месяц до поступления в клинику развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, который бригаде СМП не удалось купировать обычной дозой новокаинамида. Было рекомендовано заменить аллапинин

на обзидан, в остальном лечение продолжить. Заметно narосла одышка, появился влажный кашель по ночам.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. Число дыханий 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. Пальпируется пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины. ЧСС 96 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса 14 в минуту. I тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. На верхушке выслушиваются шум между I и II тонами, проводящийся в левую подмышечную область, и шум после II тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительного обследования. В анализах крови: гемоглобин 13,5 г/л, эритроциты 4,1 Т/л, лейкоциты 4,9 Г/л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 195 Г/л, СОЭ 7 мм/час, общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин 120 мкмоль/л, СРБ 7,8 мг/л, латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ЕД/л. На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 11

Больная X., 62 лет. **Жалобы** на умеренные боли в II-V проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных, голеностопных суставах в покое, ограничение объема движений, скованность в указанных суставах утром до 6-8 часов, судороги, парестезии верхних конечностей, общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания: около 15 лет назад появились боли и припухлость проксимальных межфаланговых суставов кистей при движениях, утренняя скованность в течение 1 ч, ограничение подвижности. В течение последующих 5 лет в процесс вовлеклись лучезапястные, голеностопные суставы, длительность утренней скованности увеличилась до 3 часов. Около 2 лет назад появились слабость, недомогание, периодическое повышение температуры тела до 37,8°C, боли в ногтевых фалангах пальцев кистей. В течение последнего года – снижение массы тела на 12 кг. В течение последнего месяца усилились боли в суставах, увеличилась длительность утренней скованности до 6 часов, ухудшилось общее самочувствие.

Объективный статус. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, livedo reticularis на латеральной поверхности бедер, инфаркты кожи в области ногтевых пластинок. На разгибательной стороне локтевых суставов – округлые плотные образования до 1-3 см в диаметре, безболезненные при пальпации. Пальпируются увеличенные до 1-2 см передние и задние шейные, подмышечные лимфоузлы справа и слева, овальной формы, 3-4 в каждой области, умеренной плотности, безболезненные, не спаянные с кожей. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Дефигурация кистей в виде «ласт моржа». II-V проксимальные межфаланговые, лучезапястные суставы припухшие, болезненные при пальпации. Голеностопные суставы также увеличены в объеме, кожа над ними не изменена. Объем активных движений в суставах ограничен из-за болезненности. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительного обследования. ОАК: Нб 85 г/л; эритроциты 2,68 Т/л; ЦП 0,87; тромбоциты 426 Г/л; лейкоциты 10,4 Г/л; э - 7%; п/я - 6%; с/я - 40%; л - 40%; м - 7%; СОЭ - 52 мм/час. ОАМ: отн. плотность 1018, белок 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения. Общий белок 60 г/л, СРБ 9,1 мг/л, РФ 54 ЕД/л. Рентгенография кистей: узур.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 12

Больная Б., 79 лет, обратилась с **жалобами** на выраженные боли в I плюснефаланговых суставах, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника при незначительной физической нагрузке, утреннюю скованность в течение 30 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений.

Анамнез заболевания. В течение 25 лет отмечает умеренные боли в обоих I плюснефаланговых суставах после длительной физической нагрузки, утреннюю скованность. Около 10 лет беспокоят периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проксимальных межфаланговых суставах кистей. 1-2 раза в год отмечает усиление болей, сопровождающееся гиперемией суставов. В течение последнего месяца усилились боли в суставах кистей, уменьшился объем движений, увеличилась длительность скованности.

Анамнез жизни. Живет в деревне, в доме с печным отоплением; более 50 лет работала дояркой.

Объективный статус. Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отеков нет. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничных позвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами справа гиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания, объем активных движений ограничен. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительного обследования. 1. ОАК: Нб 130 г/л, эритроциты 4,2 Т/л, ЦП 1,0, лейкоциты 8,3 Г/л, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час. Креатинин 120 мкмоль/л, АСТ 13 ЕД/л, АЛТ 16 ЕД/л, холестерин 8,3 ммоль/л, общий белок 82 г/л. На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватом лучезапястных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 13

Пациент 45 лет, водитель, обратился в поликлинику.

Жалобы. На умеренные боли в области большого пальца правой стопы, покраснение и припухание пальца. Дискомфорт в области поясницы.

Анамнез заболевания. Периодически отмечал дискомфорт в области поясницы, расценивал как проявление остеохондроза поясничного отдела позвоночника, связанного с особенностями

профессии. Периодически – дизурии. Около 2 лет назад при случайном УЗИ выявлены микролиты обеих почек. Не обследовался. Настоящее ухудшение состояния около 2 дней назад: ночью появились выраженные боли в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия и отечность 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Накануне употреблял в пищу жареное мясо с большим количеством пива (1,5 литра). Самостоятельно начал прием ибупрофена внутрь по 400 мг 2 раза в сутки и наружно в виде мази с эффектом – интенсивность боли и отека уменьшились.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственностьотягощена по желчно-каменной болезни (мать, тетя) и мочекаменной (МКБ) (отец, старший брат). Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут).

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 182 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. Отмечается припухлость в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы с гиперемией кожных покровов над ним. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Данные дополнительного обследования. Общий анализ мочи: мутная, кислая, удельный вес 1018, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 25-30 в поле зрения, ураты +++, белка нет. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, креатинин 100 мкмоль/л, мочевая кислота 598 мкмоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л. Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты 9,5 Г/л, эритроциты 5,37 Т/л, тромбоциты 210 Г/л, СОЭ по Панченкову 30 мм/ч. Ультразвуковое исследование почек: Контуры почек ровные, четкие, размеры 110x50 мм, толщина паренхимы 20 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. ЧЛС не расширена. В верхней группе чашечек левой почки определяются 2 микролита 2 и 3 мм в диаметре, в средней группе чашечек правой почки – конкремент 5 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 14

Женщина 67 лет на прием у врача общей практики.

Жалобы

Боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, снижение роста на 5 см.

Анамнез заболевания

В возрасте 53 лет после наступления менопаузы заметила ломкость ногтей, волос, сухость кожных покровов, связала эти проявления с физиологическими гормональными изменениями организма, к врачам не обращалась. В течение последних пяти лет появились боли в спине, постепенно нарастающие, сутулость, изменение осанки, родные отметили уменьшение роста. Полгода назад после падения с высоты роста сломала левую бедренную кость. Во время хирургического лечения врач-травматолог обратил внимание пациентки на патологические явления на рентгенограмме и рекомендовал обратиться к врачу-терапевту.

Анамнез жизни

На пенсии с 60-ти лет, работала инженером-технологом на крупном предприятии. Семейный анамнез: у матери и бабушки были переломы костей в возрасте 63 и 70 лет соответственно. Аллергических реакций не отмечает. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия в возрасте 15-ти лет и частые острые респираторные вирусные инфекции (3-4 раза в год). Беременностей 6, роды 2, прерываний беременности 4. Менопауза с 51 года, отмечала дисфункциональные метроррагии. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Рост 155 см, вес 59 кг (ИМТ 24,56). Кожные покровы нормальной окраски, сухие, ногти истончены, отеков нет. Тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, артериальное давление 128\76 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту. Пульс 68 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Костно-мышечная система: грудной кифоз, расстояние между затылком и стеной 6 см, болезненность при пальпации позвоночника. Передвигается с тростью после перелома. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Результаты лабораторных методов обследования

1. Общий анализ крови:

Показатели	Результат	Референсные значения
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,99	ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г\л	121	ж. 115-145
ЦП	0,9	0,8-1,0
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7	4-9
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	227	180-320
Гематокрит, %	29,8	ж. 35-45
СОЭ, мм\час	10	ж. 2-15
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	61	47-72
Эозинофилы, %	1	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	4	2-10

2. Исследование общего кальция, фосфора в сыворотке крови

Общий кальций 2,0 ммоль/л (2,10-2,55 ммоль/л), фосфор 1,5 ммоль/л (0,96-1,76 ммоль/л)

3. Исследование уровня креатинина в крови и СКФ

Креатинин 50 мкмоль/л (44-97 мкмоль/л), СКФ 96 мл/мин/1,73м²

4. Исследование активности щелочной фосфатазы

Показатели	Результат	Референсные значения
Щелочная фосфатаза,	51	35-105 ед/л
АЛТ	20	до 38 Ед/л
АСТ	18	до 42 Ед/л

5. Исследование глюкозы крови натощак: 4,5 ммоль/л (4,1 - 6,1 ммоль/л)

Результаты инструментальных методов обследования

1. Рентгенография позвоночника грудного и поясничного отделов: При рентгенологическом исследовании позвоночника выявлены остеопоретические множественные переломы позвонков Th1, Th3, Th4 грудного отдела позвоночника и L1, L2 поясничного отдела позвоночника.

2. Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и бедренной кости: При двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости T-критерий равен -3,5 стандартных отклонения.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 15

Женщина, 63 года обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в коленных суставах, усиливающиеся во время и после ходьбы, в конце дня, уменьшающиеся в покое, хруст при движении в коленных суставах, скованность утром до 30 минут.

Анамнез заболевания

Боли в коленных суставах появились около 20 лет назад. Лечилась самостоятельно, используя мази, принимала НПВП. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3-х дней, когда после длительной ходьбы боли в коленных суставах усилились, появилась припухлость. Травмы отрицает. При диспансерных обследованиях ранее патологии в анализах крови и мочи не выявлялось.

Анамнез жизни

Не работает, пенсионер. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Нормостенического телосложения, повышенного питания. Рост 164 см, вес 78 кг, ИМТ=29 кг/м². Походка анталгическая. При осмотре коленных суставов отмечается варусная деформация, дефигурация. Крепитация при движении. Ограничено сгибание и разгибание суставов. Гипотрофия мышц голеней и бедер. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

Результаты обследования

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты, *10 ¹² /л	4,33	м. 4,5-5,0 ж.3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	128	м. 132-164 ж.115-145
ЦП	1,05	0,85-1,05
Ретикулоциты, ‰	2	2-12
СОЭ, мм/ч	5	м. 2-10 ж. 2-15

Показатель	Результат	Норма
Тромбоциты, *10 ⁹ /л	220	180-320
Гематокрит, %	42,7	м.40-48 ж.36-41
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	6,98	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

Результаты обследования

1. Рентгенологическое исследование коленных суставов: Соотношение костей в суставе правильное. Суставные щели сужены, надкостница не утолщена. Суставные поверхности с ровными, четкими, склерозированными контурами, деформированы за счет краевых костных разрастаний. Межмышечковые возвышения деформированы сглажены. Внутренний мыщелок большеберцовой кости деформирован. Надколенники деформированы за счет костных разрастаний.

Заключение: Остеоартроз коленных суставов III стадия по Kellgren.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 16

Женщина 55 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На боль в лучезапястных суставах, отек и уплотнение кожи кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей, кожный зуд, одышку при физической нагрузке, затруднение при глотании твердой пищи, изжогу, сухость во рту, общую слабость, сонливость.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что заболела около 10 лет назад: сначала отметила онемение и припухлость пальцев кистей. Кожа на руках стала «натянутой и блестящей». Периодически отмечала посинение кожи на пальцах кистей и стоп, появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. Со временем стало трудно открывать рот, появились изжога, сухость во рту. Семь лет назад перенесла двухстороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест – результаты отрицательные.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, двухсторонняя внебольничная пневмония 7 лет назад.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет
Профессиональных вредностей не имела
Аллергических реакций не было

Отец умер от онкологии, у матери длительно гипертоническая болезнь, перенесла мозговой инсульт

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, сухие; отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 135/90 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

У пациентки на руках данные общего анализа крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, тромбоциты 245×10^9 /л, СОЭ 20 мм/час.

Результаты обследования

1. Анализ крови на Scl-70 и антицентромерные антитела:

Антитела к Scl-70 - 25 Ед/мл (референсные значения: 0 - 15Ед/мл)

Антицентромерные антитела - 32 Ед/мл(референсные значения: 0 - 10 Ед/мл)

2. Капилляроскопия

Уменьшение числа капилляров, их дилатация и деструкция.

Результаты обследования

1. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки: Диффузное снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла» в обоих легких, участки пневмофиброза, признаки легочной артериальной гипертензии.

2. Электрокардиография: Ритм синусовый, регулярный с частотой 76 в минуту. Отклонение ЭОС вправо. Признаки гипертрофии правого желудочка.

3. Эхокардиография: Аорта уплотнена, диаметр 3,0 см ($N \leq 3,3$). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,0 см ($N > 1,5$), кровоток 1,3 м/с ($N < 1,7$), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 1,1 см ($N < 1,0$), толщина задней стенки 1,0 см ($N < 1,0$), конечный диастолический размер 5,9 см ($N < 5,3$), индекс массы миокарда левого желудочка 100 г/м² ($N \leq 95$), фракция выброса 63% ($N \geq 54$). Обструкции выносящего тракта левого желудочка нет. Зона гипокинезии в области нижней стенки левого желудочка. Митральный клапан: створки не изменены, кровоток 0,87 м/с ($N < 1,3$), регургитация 2 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,9 см ($\leq 3,8$), объем 55 мл (≤ 52). Диаметр легочной артерии 2,7 см ($N < 2,1$), систолическое давление в легочной артерии 39 мм рт. ст. ($N < 30$). Кровоток на клапане легочной артерии 1,4 м/сек ($N < 0,9$), регургитация 2 степени (N – не выше 1 степени). Правый желудочек 3,5 см ($N \leq 3,0$). Трикуспидальный клапан не изменен, кровоток 0,6 м/сек ($N < 0,7$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 4,3 см ($N < 4,0$), объем 50 мл ($N < 50$).

Заключение: расширение полостей правого предсердия и правого желудочка, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в систолу, уменьшение размеров левых камер сердца. Нельзя исключить рубцовое поражение миокарда в нижней стенке левого желудочка.

4. Эзофагогастродуоденоскопия: Эндоскопические признаки хронического гастродуоденита. Гатроэзофагеальный рефлюкс, недостаточность кардии.

5. Спирометрия: Нарушение вентиляции легких по рестриктивному типу легкой степени тяжести.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 17

Женщина 35 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На постоянные ноющие боли и припухлость в коленных, голеностопных, лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставах 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа, 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева (по визуальной аналоговой шкале - 5 баллов), боль усиливается в покое, ночью, после сна, уменьшается в течение дня, утреннюю скованность в течение полутора-двух часов, общую слабость.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы появились около четырех месяцев назад, сначала боль и припухлость в мелких суставах кистей, через несколько дней присоединились боли и отечность в коленных суставах, а через две недели – в локтевых и лучезапястных суставах. Боль постепенно нарастала. За медицинской помощью с данными симптомами обращается впервые.

Анамнез жизни

Работает поваром в ресторане. Семейный анамнез: не отягощен. Аллергических реакций не отмечает. Из перенесенных операций: редкие острые респираторные вирусные инфекции (не чаще 2-х раз в год, легкой степени тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит с 28 лет по 1-2 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 175, вес 71 кг (индекс массы тела составляет 23,18 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Костно-мышечная система: локтевые, лучезапястные, коленные суставы, проксимальные межфаланговые суставы 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа, 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева деформированы за счет отека, болезненны при пальпации, симптом поперечного сжатия кистей положительный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 движений в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. Частота сердечных сокращений - 66 ударов в минуту. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено. Стул не изменен.

Результаты лабораторных методов обследования

1. Общий анализ крови:

Общий анализ крови эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 111 г/л, лейкоциты 21×10^9 /л (базофилы 2%, эозинофилы 0%, юные 4%, п\я 1%, с\я 69%, лимфоциты 15%, моноциты 9%), тромбоциты 394 /л, гематокрит 33,1%, Скорость оседания эритроцитов 25 мм\час

2. С-реактивный белок - 7 мг\л

Результаты обследования

1. Антитела к цитруллинированным белкам - 41 Ед\мл (норма до 20 Ед\мл)

2. Ревматоидный фактор крови - 12 МЕ\мл (норма до 14 МЕ\мл)

Результаты инструментального метода обследования

1. Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции:

При рентгенографии кистей выявлен небольшой околоуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани, незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах. Эрозий не выявлено.

При рентгенографическом исследовании стоп в прямой проекции изменений суставов и околоуставных тканей не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №18

Женщина 57 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. К врачу обратилась по настоянию дочери. При расспросе отмечает периодические боли в спине, возникающие при интенсивной нагрузке, исчезающие в покое.

Анамнез заболевания

Страдает бронхиальной астмой, длительное время принимает преднизолон в суточной дозе 12,5 мг.

Анамнез жизни

Работает бухгалтером, профессиональных вредностей не отмечает.

Из хронических заболеваний: хронический риносинусит, назальные полипы

Наследственность: бронхиальная астма у матери.

Аллергические реакции к лекарственным препаратам не отмечает.

Вредные привычки отрицает.

Гинекологический анамнез: беременностей 2, родов 2. Менопауза в течение 5 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост-162 см, вес-62 кг, ИМТ- 22. Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких перкуторный звук легочный, при аускультации дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 17 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца в норме, аускультативно тоны приглушенные, ритмичные, шумов нет. АД- 110/70 мм рт. ст., ЧСС 70 ударов в минуту, пульс 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Результаты инструментальных методов обследования

1. Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия: Т-критерий -1,7

2. Рентгенография позвоночника: Диски С3-7 упрощены, больше в С5-6 дистрофические изменения грудного, поясничного отдела позвоночника, диффузный остеопороз.

Результаты обследования

1. Общий анализ крови:

Гемоглобин 124 г/л, лейкоциты 5800, СОЭ 7 мм/ч, тромбоциты 186000, гематокрит 36,6%.

2. Кальций, фосфор сыворотки крови: Кальций 2,37 мм/л, фосфор 1,39 мм/л

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).

3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №19

Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На сильные боли в плюснефаланговых суставах I-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.

Анамнез заболевания

Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура тела до 38,8°C. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой, движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент не обращался, принимал самостоятельно диклофенак 100 мг в сутки. Через 3–4 дня боли в I плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ боли возник последовал примерно полгода назад, боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождалась субфебрилитетом, недомоганием. Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Пять лет назад обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки. Алкоголь употребляет в умеренном количестве.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела – 36,8°C. Рост 176 см, вес – 98 кг. Окружность талии – 102 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС – 78 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд. в 1 мин. АД – 135/75 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: деформация левого голеностопного суставов и I-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №20

Больная 25 лет, преподаватель, обратилась в поликлинику

Жалобы

На появление отеков голеней и стоп, боли, припухание в суставах кистей, повышение температуры тела до 37,5 С, слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет отмечала покраснение кожи в области спинки носа и щек после пребывания на солнце, проходившие самостоятельно, эпизодически боли в суставах кистей. Настоящее ухудшение после отдыха на море в январские праздники, уже в конце отдыха появились выраженные отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: отеки

нарастали, присоединились артриты мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Рабочее АД - 110-120/70 мм рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные. Явления хейлита. Увеличены шейные лимфузлы, при пальпации безболезненные, мягкие, подвижные. Зев не гиперемирован. Припухлость в области межфаланговых суставов кистей. Движения пальцев рук умеренно болезненные. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1800 мл мочи (выпила около 2 л жидкости).

Результаты лабораторных методов обследования

1. Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130мл
цвет	желтый
прозрачность	полная
реакция	кислая
Удельная плотность	1018
белок	2,5 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	5-7 в поле зрения
эритроциты	50-70 в поле зрения
цилиндры	эритроцитарные
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

2. Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	100,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	41,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	3,80
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	140,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Инд.распр.эр-	11,50 - 14,50	12,30

Наименование	Нормы	Значение
товкоэф.вар.		
Средний объем тромбоцита	7,40 - 10,40	7,50
Тромбоцитокрит	0,150 - 0,400	
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	50

3. Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	60 - 80	70
Альбумин	35 - 50	40
Альбумины –от общего количества фракций	40-60 %	43
α1-глобулины	2-5 %	6
α2-глобулины	7-13 %	15
β-глобулины	8-15 %	11
γ-глобулины	12-22 %	25
Мочевина	2,5 - 6,4	6,0
Креатинин	53 - 115	140
Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,0
Триглицериды	0,20 - 1,70	0,8
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	15,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	160,2
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,0

4. Иммунологическое исследование

Антитела	Норма (титры, ед)	Значение
----------	-------------------	----------

Антитела	Норма (титры, ед)	Значение
Антядерные АТ –АНФ	1:40 - 1:80	1:1280
АТ к двухспиральной ДНК	0-20 МЕ/мл	49,12

Результаты инструментальных методов обследования

1. УЗИ почек: Контуры почек ровные, четкие, размеры 110x50 мм, толщина паренхимы 21 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. ЧЛС не расширена.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) утолщении грудной стенки
- 2) эмфиземе легких
- 3) уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких
- 4) наличии жидкости или газа в плевральной полости

2. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. ослабленное дыхание
2. усиление бронхофонии
3. шум трения плевры
4. бронхиальное дыхание

3. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

- 1) крепитацию
- 2) сухие хрипы на выдохе
- 3) влажные хрипы
- 4) сухие хрипы на вдохе

4. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) эмфиземе легких
- 2) компрессионном ателектазе
- 3) полости в лёгком, сообщающейся с бронхом
- 4) пневмосклерозк

5. КАКИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ В МОКРОТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НЕПРАВИЛЬНО СОБРАННОМ МАТЕРИАЛЕ?

- 1) многослойного плоского эпителия
- 2) цилиндрического эпителия
- 3) кубического эпителия
- 4) альвеолярные макрофаги

6. СЛИЗИСТО-КРОВЯНИСТАЯ МОКРОТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) воспаления верхних дыхательных путей
- 2) бронхиальной астмы
- 3) бронхогенного рака легкого
- 4) пневмококковой пневмонии

7. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО

1. эластических волокон
2. нейтрофильных лейкоцитов
3. клеток с признаками атипии
4. эозинофилов

8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО НА СТАДИИ CARCINOMA IN SITU ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенография грудной клетки
- 2) фибробронхоскопия
- 3) томография легких
- 4) трансторакальная биопсия легкого

9. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спирография
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) бронхография
- 4) фибробронхоскопия

10. НАРУШЕНИЕ ДИФФУЗИИ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) отеке гортани
- 2) бронхиальной астме
- 3) диффузном фиброзе легких
- 4) плеврите

11. О НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СУДЯТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ

- 1) максимальной вентиляции легких
- 2) жизненной емкости легких
- 3) диффузионной способности легких
- 4) соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ

12. УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) обтурационном ателектазе
- 2) неизменной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции
- 3) интерстициальном отёке легких
- 4) ранней стадии пневмонии

13. О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В МОКРОТЕ
- 1) большого числа эритроцитов
 - 2) эластических волокон
 - 3) кристаллов Шарко-Лейдена
 - 4) большого числа лейкоцитов
14. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С В2-АГОНИСТАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ___ ОФВ1 БОЛЕЕ ___%
- 1) снижением; 12
 - 2) приростом; 12
 - 3) снижением; 20
 - 4) приростом; 20
15. САМЫМ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) пневмококк
 - 2) стафилококк
 - 3) микоплазма
 - 4) хламидия
16. ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ВЫПОТАХ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- 1) гемоторакс
 - 2) хилоторакс
 - 3) экссудат
 - 4) транссудат
17. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ СОСТАВ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ПЛЕВРАЛЬНОМ ЭКССУДАТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
1. туберкулеза
 2. пневмонии
 3. опухоли
 4. лимфолейкоза
18. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ
1. высокая лихорадка
 2. кашель
 3. общая слабость
 4. недомогание
19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. легочное кровотечение
 2. сосудистый коллапс
 3. сухой кашель
 4. боль в груди
20. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
1. бронхиальная астма
 2. деформация грудной клетки
 3. хроническая обструктивная болезнь легких

4. первичная легочная гипертензия

21. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. десквамация эпителия дыхательных путей
2. гиперпродукция бронхиального секрета
3. аллергическое воспаление дыхательных путей
4. пролиферация эпителия дыхательных путей

22. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) исследование функции внешнего дыхания
- 2) анализ мокроты
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) бронхоскопия

23. ДЫХАНИЕ БИОТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) плавно меняющейся амплитудой дыхательного объема
- 2) частым глубоким дыханием, чередующимся с дыхательными паузами
- 3) продолжительным вдохом и коротким выдохом
- 4) коротким вдохом и продолжительным выдохом

24. ЦИЛИНДРИЧЕСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В МОКРОТЕ ПРИ

1. туберкулезе легких
2. бронхоэктатической болезни
3. остром бронхите
4. пневмонии

25. НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. склероз стенки бронхов
2. гипер- и дискриния
3. бронхоспазм
4. отек слизистой оболочки бронхов

26. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ВОЗ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАШЛЯ НЕ МЕНЕЕ __ МЕСЯЦЕВ В ГОДУ В ТЕЧЕНИЕ _ ЛЕТ ПОДРЯД

- 2; 3
- 6; 2
- 4; 3
- 3; 2

27. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МОКРОТЫ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО?

- 1) Обызвествленные эластические волокна
- 2) Цилиндрический эпителий
- 3) Частицы некротической ткани
- 4) Кристаллы Шарко-Лейдена

28. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОГРАНИЧЕНИЕ ЕЁ ПОДВИЖНОСТИ ПРИ ДЫХАНИИ, ОДЫШКА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЫМИ ПРИЗНАКАМИ

1. острого бронхита

2. острого респираторного заболевания
3. эмфиземы лёгких
4. пневмонии

29. КРОВЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ

1. алая, пеннистая
2. цвета кофейной гущи
3. темная, цвета «кофейной гущи»
4. темная, со сгустками

30. МОКРОТА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО

- 1) слизистая
- 2) серозная
- 3) двухслойная
- 4) пеннистая

31. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие поливалентной сенсибилизации
- 2) потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов
- 3) наличие факторов риска обострений заболевания
- 4) потребность в препаратах неотложной помощи

32. ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ

- 1) стафилококком
- 2) хламидией
- 3) пневмококком
- 4) энтерококком

33. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) золотистый стафилококк
- 2) пневмококк
- 3) микоплазма
- 4) гемофильная палочка

34. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ДАННЫМ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

- 1) шум трения плевры
- 2) сухие свистящие хрипы
- 3) крепитацию
- 4) влажные разнокалиберные хрипы

35. К САМОМУ ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ ТЭЛА ОТНОСЯТ

- 1) внезапную одышку без ортопноэ
- 2) боль в нижних отделах грудной клетки на вдохе
- 3) внезапную одышку и наличие ортопноэ
- 4) кратковременную потерю сознания

36. У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) клебсиелла
- 2) микоплазма
- 3) легионелла
- 4) пневмоциста

37. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ФЖЕЛ
- 2) МВЛ
- 3) ПСВ25-75
- 4) ОФВ1

38. БОЛЬНОЙ ВЫДЕЛЯЕТ МОКРОТУ ПО УТРАМ ПОЛНЫМ РТОМ ПРИ

1. бронхиальной астме
2. экссудативном плеврите
3. бронхоэктатической болезни
4. крупозной пневмонии

39. ДЛЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ СТАДИИ ХОБЛ (СПИРОМЕТРИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ) ХАРАКТЕРНО ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (В %)

1. >80
2. 50-80
3. 30-50
4. <30

40. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. головная боль
2. одышка
3. лихорадка
4. слабость

41. НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ (ГОСПИТАЛЬНЫЕ) ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ

1. легионеллой
2. грамотрицательной флорой
3. вирусами
4. пневмококком

42. У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, ЧАЩЕ, ЧЕМ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ

1. синегнойной палочкой
2. клебсиеллой
3. легионеллой
4. микоплазмой

43. ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1. долевого пневмонии
2. ХОБЛ
3. карциноме легких
4. бронхиальной астме

44. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ВСПЫШКЕ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кишечная палочка
2. пневмококк
3. микоплазма
4. протей

45. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ЛИМФОУЗЛЫ

1. подчелюстные
2. подмышечные
3. заднешейные
4. надключичные

46. ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) по верхнему краю ребра
- 2) между ребрами
- 3) на середине расстояния между ребрами
- 4) по нижнему краю ребра

47. КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

- 1) абсцессе легкого
- 2) бронхиальной астме
- 3) муковисцидозе
- 4) экссудативном плеврите

48. ПИКФЛОУМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ

1. пиковой скорости выдоха
2. объема форсированного выдоха за 1 секунду
3. максимальной вентиляции легких
4. жизненной емкости легких

49. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЕМОМ КОРДАРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) периферическая полинейропатия
- 2) фотосенсибилизация
- 3) возникновение фиброза легких
- 4) нарушение функции щитовидной железы

50. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

1. сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы
2. наличие острой дыхательной недостаточностью и/или сепсиса
3. выраженность эозинофилии
4. вид возбудителя

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	2	1	1	3	2	2	4	3
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	2	2	2	1	3	1	1	4	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	1	2	3	1	4	3	3	1	3
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
4	1	4	2	1	4	4	3	2	2
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
2	2	2	3	4	1	1	1	3	2

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. нормализация температуры через 48-72 часа
2. нормализация всех лабораторных показателей
3. полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани
4. нормализация температуры в утренние и дневные часы

2. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обострение заболевания
- 2) длительное течение заболевания
- 3) $PaO_2 < 55$ мм.рт.ст.
- 4) $PaO_2 < 70$ мм.рт.ст.

3. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ

1. стабилизаторов мембран тучных клеток
2. антилейкотриенов
3. М-холинолитиков
4. анти-IgE-антител

4. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИЕМОМ ПРИ МАССАЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. растирание
2. вибрация
3. поглаживание
4. разминание

5. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАВУЛАНОВОЙ КИСЛОТЫ В СОЧЕТАНИИ С АМОКСИЦИЛЛИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ

1. увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань
2. снизить токсичность амоксициллина
3. расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу

4. сократить частоту приёма амоксициллина

6. ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

1. вторичной легочной гипертензии
2. острой венозной тромбоземболии (ВТЭ)
3. известной тромбофилии
4. повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА

7. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. срок 8-10 дней после нормализации температуры
2. уменьшение кашля и интоксикации
3. срок 3-4 дня после нормализации температуры
4. рассасывание пневмонической инфильтрации

8. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ

1. эуфиллина внутривенно
2. интала через спейсер
3. глюкокортикостероидов внутривенно
4. бета2-агонистов через небулайзер

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ожирение
2. гипергликемия
3. дисфония
4. остеопороз

10. СРЕДИ В2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

1. сальбутамол
2. беротек
3. вентолин
4. сальметерол

11. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА 2-3 ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. высокая чувствительность микрофлоры к антибиотику
2. частота дыхательных движений менее 20 в минуту
3. снижение СОЭ
4. снижение интенсивности кашля

12. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. Левомецетин
2. Ципрофлоксацин
3. Амоксициллин
4. Тетрациклин

13. БЕРОДУАЛ ЯВЛЯЕТСЯ

1. коротко действующий адреномиметиком
2. пролонгированным холинолитиком
3. ингаляционным глюкокортикостероидом

4. комбинацией адреномиметика и холинолитика

14. ПОБОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ

1. язва желудочно-кишечного тракта
2. бактериальные инфекции носоглотки
3. гипергликемия
4. кандидоз глотки

15. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

1. цефалоспорины
2. макролиды
3. пенициллины
4. тетрациклины

16. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРЕКРАЩЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. рассасывание пневмонической инфильтрации
2. прекращение кашля
3. уменьшение интоксикационного синдрома
4. стойкая нормализация температуры

17. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кларитромицин
2. меропенем
3. ципрофлоксацин
4. левофлоксацин

18. В ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕТЕЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ

1. отхаркивающие препараты
2. антибактериальные препараты
3. бронходилататоры
4. ингаляционные глюкокортикостероиды

19. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ

1. сухость во рту, запор, кашель, местное раздражение слизистых оболочек, тахикардия, затрудненное мочеиспускание
2. диарея, изменение функциональных проб печени иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение
3. ulcerогенное действие на желудочно-кишечный тракт, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления
4. головная боль, головокружение, нарушение вкуса, парестезии, лихорадка, серозит

20. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ТЕРАПИЮ

1. иммуносупрессивную
2. спазмолитическую
3. антибактериальную
4. диуретическую

21. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Интубация трахеи и ИВЛ
2. Введение витаминов группы В и С
3. Дыхание «изо рта в рот»
4. Введение дыхательных аналептиков

22. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

1. монотерапию антилейкотриеновыми препаратами
2. курсы ингаляционных глюкокортикостероидов
3. бронходилататоры пролонгированного действия при приступах
4. системные глюкокортикостероиды

23. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. М-холинолитики
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. b₂-агонисты короткого действия
4. метилксантины

24. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ХОБЛ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Короткодействующие антихолинергетики «по требованию»
2. Теофилины
3. Короткодействующие b₂-агонисты «по требованию»
4. Длительно действующие b₂-агонисты или антихолинергетики

25. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

1. применение антибиотиков, содержащих в своем составе в-лактамное кольцо, коротким курсом
2. использование системных глюкокортикостероидов
3. применение бронходилататоров пролонгированного действия
4. ингаляционные глюкокортикостероиды + бета₂-агонисты короткого действия по потребности

26. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дыхательная гимнастика
2. классический массаж грудной клетки
3. постуральный дренаж
4. оксигенотерапия

27. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АТИПИЧНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ С

1. макролиды
2. цефалоспорины II-III поколений
3. пенициллины
4. защищенные пенициллины

28. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) III-IV степени тяжести и частых обострениях

- 2) I-II степени тяжести и частых обострениях
- 3) III-IV степени тяжести и редких обострениях
- 4) I-II степени тяжести и редких обострениях

29. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХОБЛ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ

1. появлении кровохарканья
2. гнойной мокроте
3. нарастании одышки
4. усилении кашля

30. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

1. ежедневное введение противовоспалительных препаратов
2. ежедневные ингаляции в2-агонистов короткого действия
3. частое применение системных глюкокортикостероидов
4. применение бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами

31. ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАН

1. Метопролол
2. Эналаприл
3. Гипотиазид
4. Амлодипин

32. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. фебрильная лихорадка в течение 3 дней
2. нестабильная гемодинамика
3. выявленный лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$
4. верхнедолевая локализация поражения

33. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. антибиотики
2. кромогликат натрия и недокромил натрия
3. теofilлины
4. ингаляционные глюкокортикостероиды

34. ПРИ ХОБЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ВАКЦИНОЙ

1. противогриппозной
2. противокклюшной
3. противоменингококковой
4. противодифтерийной

35. ТРЕТИЙ ПЛАНОВЫЙ ВИЗИТ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА К БОЛЬНОМУ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ___ ОТ ПЕРВОГО ВИЗИТА

1. на 7-10 сутки
2. через 24 часа
3. на 3-4 сутки
4. через 24-48 часов

36. ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН У БОЛЬНОГО НЕТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. эритромицин

2. доксициклин
3. азитромицин
4. цефалексин

37. САЛЬБУТАМОЛ РАСШИРЯЕТ БРОНХИ ПУТЕМ

1. блокирования бета-2- адренорецепторов бронхиального дерева
2. почти селективного возбуждения бета-2- адренорецепторов бронхов
3. непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов
4. снижения тонуса блуждающего нерва

38. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ПОКАЗАН

1. цефазолин
2. левофлоксацин
3. ампициллин
4. гентамицин

39. КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЕ БРОНХОДИЛАТАТОРЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПО ПОТРЕБНОСТИ С ___ СТАДИИ ХОБЛ

1. 3
2. 2
3. 1
4. 4

40. КОМБИНАЦИЕЙ ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА И БЕТА2-АГОНИСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. фенотерол и ипратропия бромид
2. салметерол и флутиказон
3. сальбутамол и ипратропия бромид
4. олодатерол и тиотропия бромид

41. В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАЗНАЧЕНИЕ ХОЛИНОЛИТИКОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИ

1. глаукоме
2. обильном отделении мокроты
3. тахикардии
4. малом количестве отделяемой мокроты

42. К ОТХАРКИВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

1. амброксол
2. теопэк
3. кодеина фосфат
4. атровент

43. В КОМБИНАЦИЮ ВЫБОРА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА III-IV СТУПЕНЯХ ВХОДЯТ

1. пролонгированные теофиллины + ИГКС
2. эуфиллин внутривенно вечером + ИГКС
3. бета2-агонисты пролонгированного действия + ИГКС
4. бета2-агонисты короткого действия + ИГКС

44. ПОСТГИПОКСИЧЕСКУЮ ЛЕГОЧНУЮ КОНСТРИКЦИЮ УМЕНЬШАЮТ

1. бета-адреноблокаторы

2. ингибиторы АПФ
3. антагонисты кальция
4. тиазидные диуретики

45. СРЕДИ ХОЛИНОЛИТИКОВ ЭФФЕКТИВНЕЕ ВСЕГО УСТРАНЯЕТ БРОНХОСПАЗМ, ВОЗДЕЙСТВУЯ НА РЕЦЕПТОРЫ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА, И ВЫЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ЧИСЛО ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ

1. апрофен
2. атропина сульфат
3. тиотропиум бромид
4. метацин

46. ВАКЦИНАЦИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (ГОД)

1. 5 лет
2. 3 года
3. полгода
4. год

47. БЕРОТЕК (ФЕНОТЕРОЛ) ОКАЗЫВАЕТ БРОНХОДИЛЯТИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПУТЕМ

1. возбуждение М-холинорецепторов
2. блокады М-холинорецепторов
3. возбуждение b2-адренорецепторов
4. блокады b2-адренорецепторов

48. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (ГОД)

1. 1
2. 4
3. 2
4. 3

49. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОГО РЕЖИМА В-ЛАКТАМАМИ И МАКРОЛИДАМИ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) Цефалоспорины 4 поколения
- 2) Респираторные фторхинолоны
- 3) Полусинтетические пенициллины
- 4) Карбапенемы

50. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ АНТИСИНЕГНОЙНЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Цефтриаксон
2. Цефоперазон
3. Цефазолин
4. Цефотаксим

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

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

Анамнез заболевания: Приступообразный кашель, одышка беспокоят более 30 лет. 15 лет назад появились приступы экспираторного удушья, которые купировала сальбутамолом.

Обострения чаще осенью. В течение 5 лет регулярно получает беклометазон по 250 мкг 2 раза в сутки, формотерол 12 мкг по 1 ингаляции 2 раза в сутки. Последнее ухудшение в течение месяца – с сентября текущего года – отмечает учащение приступов удушья, усиление одышки.

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 2

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 3

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 4

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

Анамнез заболевания: Около 5-6 лет отмечает кашель по утрам с отделением мокроты. Одышка при физических нагрузках беспокоит в течение 2 лет, постепенно нарастает. Стационарное лечение в связи с обострением заболевания 11 месяцев назад. После этого получал формотерол с незначительным эффектом. Последнее ухудшение около 2 недель: усилилась одышка, кашель, стало отходить больше мокроты.

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 5

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 6

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

Анамнез заболевания: Заболела остро 5 дней назад: повысилась температура тела до 39°. Лечилась жаропонижающими средствами. Сохранялась фебрильная температура, нарастала слабость. Вчера обратилась в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография грудной клетки, после чего пациентка по неотложной помощи госпитализирована в стационар.

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 7

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 8

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

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

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

Данные осмотра: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Пониженного питания. Температура тела 37,8°. Кожные покровы бледные с серым оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Над легкими коробочный перкуторный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий,

безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 9

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 10

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

Анамнез заболевания: Заболел остро 3 недели назад: повысилась температура до 39°, появился сухой кашель, боли в грудной клетке справа. На следующий день появилось кровохарканье до сгустков крови в мокроте. Выполнена рентгенограмма легких. Госпитализирован в терапевтическое отделение. Проводилось лечение: цефтриаксон в/в, левофлоксацин в/в. Температура нормализовалась, кровохарканье прекратилось, но сохраняются боли в грудной клетке, инфильтративные изменения на рентгенограмме.

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

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Астенической конституции. Пониженного питания. Рост 170 см, вес 60 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧД 17 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, правая ее половина несколько отстает в акте

дыхания. Легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 11

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 12

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 13

Жалобы: Пациент в возрасте 55 лет предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке (ходьба около 100 м по ровной поверхности), кашель с мокротой белесоватого цвета; эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание; чувство дискомфорта в груди при дыхании.

Анамнез заболевания: Считает себя больным около 3-х лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Несколько раз в год (до 3-х) отмечает обострения заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего месяца.

Анамнез жизни: Пенсионер. Работал водителем. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет.

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести. SaO₂ 90%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела 71 кг, рост 180 см, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Грудная клетка бочкообразная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 89 ударов в минуту, АД 139/88 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 14

Жалобы: Пациент Н. 42 лет предъявляет жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания: Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,6 градусов С. Принимал аспирин. Затем боли связанные с дыханием прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,6°C. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.

Анамнез жизни: Хроническими заболеваниями не болеет. Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. При перкуссии на легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с косой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 15

Жалобы: Пациентка С. 20 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,7°C, с ознобом, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже-лопаточной области.

Анамнез заболевания: Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением - была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени. Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Венерические заболевания отрицает. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу на протяжении последнего года не выезжала. Аллергологический анамнез: отрицает. Наследственность: неотягощена. Профессиональный анамнез: студентка I курса юридического факультета. Вредные привычки: отрицает. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус: Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 38,5°C. Сатурация кислорода 99%. Справа ниже угла лопатки – притупление перкуторного звука, при аускультации в этой области выслушиваются влажные звонкие хрипы, над остальными отделами лёгких – везикулярное дыхание. Шум трения плевры не выслушивается. ЧДД 18 в мин. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 85 в мин, пульс 85 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферических отёков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 16

Жалобы: Мужчина 57 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания: Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение

последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнояная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

Анамнез жизни: Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус: Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10x9x8 см.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 17

Жалобы: Пациентка Ф. 51 года предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья 1-2 раза в сутки, в том числе ночные 2-3 раза в неделю, сопровождающиеся дистантными сухими хрипами и чувством нехватки воздуха, малопродуктивный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке (ходьба 200 метров); эпизоды подъема АД до 150/90 мм рт.ст. (адаптирована к 120/80 мм рт.ст.), головные боли в теменно-затылочных областях во время подъема АД, головокружение, шум в ушах; общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания: Описанные симптомы отмечаются в течение 12 лет. Обострения бывают 1-2 раза в год (ОРВИ, метеорологические условия). Купирует ингаляциями сальбутамола. Базисную терапию не получает. Примерно 1 раз в год ложится на стационарное лечение, после чего отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение «заложенности в груди». Год назад поставлен диагноз гипертоническая болезнь, постоянную антигипертензивную терапию не принимает. При повышении АД самостоятельно принимает 1 таблетку эналаприла (10 мг).

Анамнез жизни: Работает преподавателем в музыкальном училище. Аллергологический анамнез: отмечает непереносимость пенициллина (кожная сыпь), непереносимость цитрусовых (кожный зуд). Наследственность – не отягощена. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотиков – отрицает. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус: Рост -158 см, вес – 70 кг. ИМТ – 28 кг/м² (окружность талии 86 см), SaO₂-96%, t тела – 36,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность нормальная. Тургор не снижен. Высыпаний нет. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Костно-мышечная система не изменена. Грудная клетка бочкообразная. Легкие: аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, усиливаются на форсированном выдохе. Перкуторно звук коробочный. ЧДД - 18 в минуту. Сердце: аускультативно тоны приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются, перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД – 140/90 мм рт. ст.

ЧСС – 78 в минуту. Р_с – 78 в минуту. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна, перкуторно размеры 4x6 см. Почки не пальпируются. Периферические отеки не определяются. Стул: самостоятельный, оформленный, регулярный, патологических примесей нет. Диурез адекватный.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 18

Жалобы: Женщина 49 лет предъявляет жалобы на приступообразный кашель, малопродуктивный, чаще вечером и ночью, со слизисто-гноющей мокротой в небольшом количестве, боль в передне-верхних отделах грудной клетки справа, усиливающуюся при кашле, повышение температуры до 38-39⁰С, слабость, недомогание, утомляемость, головную боль.

Анамнез заболевания: Больна в течение 10 дней. Причиной болезни считает значительное переохлаждение ног в холодную погоду на улице. Общее состояние больной было неудовлетворительным, чувствовала слабость, недомогание, утомляемость. Появилась головная боль. Через 2 дня повысилась температура тела до 39,0⁰С, которая не снижалась до физиологических значений даже при приёме жаропонижающих средств. На 3-й день появился приступообразный малопродуктивный кашель с отхождением слизисто-гноющей мокроты, вместе с тем появились боли умеренной интенсивности в области нижнего угла лопатки справа, боль имела колющий характер и усиливалась при кашле. Обычно кашель усиливался к вечеру. Лекарственные препараты от кашля не принимала. Вызвала скорую помощь, после чего больная была доставлена и госпитализирована в стационар по месту жительства.

Анамнез жизни: Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела 37,8⁰С. При осмотре кожные покровы теплые, обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 81 кг, рост 162, ИМТ 30,86 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки справа, над остальными отделами - лёгочный звук. При аускультации дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе грудной клетки справа. ЧДД 20 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 78 уд/мин. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 125/80 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9x8x7 см. Пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).

3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 19

Жалобы: пациентка 42 лет предъявляет жалобы на сухой, свистящий кашель, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость, общую слабость, ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания: Перенесла ОРВИ, около 3-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили насморк, головная боль. После чего сначала появился непродуктивный кашель, затем приступы свистящего дыхания, в последние дни стала возникать одышка при быстрой ходьбе, беге, сопровождающаяся приступообразным сухим кашлем. Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. Также сухой кашель и свистящее дыхание возникает во время проведения уборки дома, в запылённых помещениях, в ванной. Живёт в панельном доме, в угловой квартире.

Анамнез жизни: Росла и развивалась нормально. Работает учителем физики в школе. Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения. Назначения были сделаны аллергологом, которого посещала около 6-7 лет назад. С тех пор к аллергологу не обращалась, лечилась по предложенной им схеме. Наследственность: у отца – Бронхиальная астма с детства. Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая. Вредные привычки: нет. Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, t тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 20

Жалобы. Женщина 38 лет жалуется на приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года дневные симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. Пациентка связывает его с ремонтом в доме приступы стали более длительными и возникают ежедневно, ночью - до 3 раз в неделю, нарушают активность и сон.

Анамнез жизни. Не переносит цитрусовые, малину, клубнику (кашель, зуд кожи). Курит 10 лет по 1 пачке в сутки. ИК=10. Работает на стройке, где есть контакт со строительной пылью.

Объективный статус. Общее состояние при осмотре удовлетворительное. Нормостенической конституции. ИМТ= 22. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. SpO₂ – 96%. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

1. узловатую эритему
2. межкишечные свищи
3. панкреатогенный сахарный диабет
4. генерализованный эрозивный псориаз

2. КАЛОВЫЕ МАССЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СОДЕРЖАТ ХОРОШО ЗАМЕТНУЮ ПРИМЕСЬ

1. гноя
2. жира
3. крови
4. слизи

3. ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. полипоз
2. перфорация
3. холелитиаз
4. внутрикишечная обструкция

4. Одним из критериев для оценки степени тяжести острого панкреатита (по Ренсону) является

1. уровень глюкозы в сыворотке крови
2. количество тромбоцитов
3. уровень амилазы сыворотки крови
4. цветовой показатель крови

5. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. заболевание желчного пузыря
2. хеликобактер пилори
3. ожирение
4. инфекция

6. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. одного (или более) участка поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм, который расположен на вершине складки
2. белых и белесовато-желтых бляшек на слизистой оболочке пищевода, налета с трудом снимаемого биопсийными щипцами, после удаления которого остаются участки осаднения
3. ярко розового циркулярного участка слизистой оболочки или «языка», ярко розовой слизистой оболочки различной протяженности
4. неглубоких изъязвлений небольшого размера, четко отграниченных от окружающей слизистой оболочки, которые могут располагаться цепочкой, в средней/нижней трети пищевода

7. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

1. слепой кишке
2. нисходящем отделе ободочной кишки
3. правой половине поперечной ободочной кишки
4. печеночном изгибе ободочной кишки

8. АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ ЖЕЛУДКА ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ ГАСТРИТЕ

1. лимфоцитарном
2. рефлюкс
3. ассоциированном с хеликобактер пилори
4. аутоиммунном

9. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

1. инфекции, вызванной *Yersinia Enterocolitica*
2. туберкулезе
3. псевдомембранозном колите
4. болезни Крона

10. ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ УСПЕШНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА С НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

1. биопсию печени
2. МРТ печени
3. транзитную эластометрию
4. КТ печени

11. ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЕТ БОЛЬНЫХ

1. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

2. кишечной инфекцией
3. рематодным артритом
4. переболевших острым респираторным заболеванием

12. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

1. протромбинового времени/индекс
2. стадии печеночной энцефалопатии
3. наличия асцита
4. количества тромбоцитов

13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с контрастированием и электроинтестинография
2. обзорная рентгенография органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
3. ультразвуковое исследование органов брюшной полости и компьютерная томография с контрастированием
4. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и радиотелеметрическое исследование пищеварительного тракта

14. МАРКЕРОМ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА HBV-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. anti-HBc IgG
2. anti-HBe
3. anti-HBs
4. HBsAg

15. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СИНДРОМОМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. желтушный
2. менингеальный
3. катаральный
4. диарейный

16. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. портальная гипертензия
2. почечная колика
3. пенетрация
4. желчекаменная болезнь

17. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ ____ ОТДЕЛ ____ КИШКИ

1. проксимальный; подвздошной
2. проксимальный; тощей
3. дистальный; тощей
4. дистальный; подвздошной

18. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ

1. эластометрии

2. компьютерной томографии с контрастированием
3. магнитно-резонансной томографии
4. дуплексного ультразвукового сканирования

19. Для язвенной болезни с локализацией язвы в теле желудка характерны _____ боли

1. голодные
2. «ранние»
3. «поздние»
4. ночные

20. Лабораторным признаком холестаза при остром вирусном гепатите является

1. повышение уровня щелочной фосфатазы и прямой фракции билирубина
2. повышение содержания в сыворотке крови непрямой фракции билирубина
3. повышение активности трансаминаз
4. снижение уровня содержания протромбина в крови

21. У пациента с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью

1. магнитнорезонансной томографического исследования степени фиброза
2. фибротеста
3. компьютерно-томографического исследования степени фиброза
4. ультразвукового исследования степени фиброза

22. Основным фактором агрессии при формировании хронического гастрита является

1. слизь
2. соляная кислота
3. липаза
4. амилаза

23. Причиной ротоглоточной дисфагии является

1. передозировка блокаторов кальциевых каналов
2. перенесенный инсульт
3. ахалазия кардии
4. пищевод Баррета

24. «Золотым стандартом» диагностики хеликобактерной инфекции является метод

1. гистологический
2. бактериологический
3. иммуноферментный
4. биохимический

25. Риск аденокарциномы пищевода является максимальным при

1. цилиндрической метаплазии с железами фундального типа
2. кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени
3. эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения
4. цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

26. Для гастроэнтеритического варианта сальмонеллеза типичным является стул

1. оформленный с примесью крови

2. жидкий, пенистый, зловонный, зеленоватого цвета
3. обильный, водянистый, белесовато-желтоватый с хлопьями слизи без калового запаха
4. скудный, жидкий с примесью слизи и крови

27. ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА МОЖНО ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

1. щелочной фосфатазы
2. свободного билирубина
3. уровня холинэстеразы
4. печеночных трансаминаз

28. ДОМИНИРУЮЩИМ СИМПТОМОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. горечь во рту
2. разжижение стула
3. тошнота
4. боль в животе

29. ПРИ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

1. магнитно-резонансную томография, контрастная рентгенография пищевода, фиброэзофагоскопия
2. обзорная рентгенография пищевода, контрастная рентгенография пищевода, фиброэзофагоскопия
3. фиброэзофагоскопия, контрастная рентгенография пищевода, ультразвуковое исследование
4. ультразвуковое исследование, компьютерная томография, фиброэзофагоскопия

30. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. кровотечение
2. развитие токсического мегаколона
3. повышенный риск малигнизации
4. кишечная непроходимость

31. ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГЕПАТИТЕ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

1. повышенная
2. средней интенсивности
3. пониженная
4. нормальная

32. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1. хронического панкреатита
2. дискинезии желчного пузыря
3. хронического холецистита
4. аутоиммунного гастрита

33. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЭРОЗИВНОЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. икота
2. одинофагия (боль при глотании)
3. отрыжка воздухом
4. изжога

34. ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ СО СТОРОНЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гиперемия лица
2. диффузный цианоз
3. бледность кожи
4. телеангиоэктазия

35. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ СТЕНОК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ДИАРЕЯ - УКАЗЫВАЕТ НА

1. язвенную болезнь с локализацией в желудке
2. синдром Золлингера-Эллисона
3. хронический панкреатит
4. язвенный колит

36. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

1. аденокарциномы пищевода
2. кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
3. лейкоплакии пищевода
4. плоскоклеточного рака пищевода

37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1. артериальная гипертензия
2. гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*
3. синдром раздраженного кишечника
4. гипертиреоз

38. ДИАРЕЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. скудным объемом каловых масс
2. наличием слизи в кале
3. болезненными позывами
4. наличием полифекалии

39. УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ВЫЗЫВАЕТ

1. ячмень
2. гречиха
3. кукуруза
4. рис

40. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ДИФFUЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. регургитация
2. боль за грудиной
3. чувство 'кома' в горле
4. рвота после еды

41. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 1 СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие роговичного рефлекса
2. стойкая потеря сознания
3. инверсия сна
4. «хлопающий» тремор

42. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 2 СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие глотательного рефлекса

2. «хлопающий» тремор
3. непроизвольный акт дефекации
4. стойкая потеря сознания

43. Клиническим признаком острой печеночной энцефалопатии 3 стадии является

1. «печеночный» запах изо рта
2. тремор пальцев рук
3. инверсия сна
4. отсутствие сознания

44. Диагноз «глютеновая энтеропатия (целиакия)» подтверждается обнаружением

1. непереваренного глиадина и ретикулина в кале
2. антител к тканевой трансклутаминазе в крови
3. альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне
4. свободных дезаминированных пептидов глютена в моче

45. Критерием синдрома цитолиза является повышение

1. холестерина
2. билирубина
3. щелочной фосфатазы
4. трансаминазы

46. Портальная гипертензия при заболеваниях печени диагностируется при сочетании варикозного расширения вен пищевода

1. с эхонеоднородностью селезенки
2. с увеличением селезенки
3. со снижением эхоплотности селезенки
4. с уменьшением селезенки

47. Портальная гипертензия при заболеваниях печени приводит к варикозному расширению вен

1. ротоглотки
2. корня языка
3. верхней трети пищевода
4. нижней трети пищевода

48. Увеличение прямого и непрямого билирубина является признаком

1. наследственного сфероцитоза
2. хронического гепатита
3. опухоли поджелудочной железы
4. синдрома Жильбера

49. Лабораторным показателем обострения хронического панкреатита является уровень

1. глюкозы
2. аминотрансферазы
3. щелочной фосфатазы
4. амилазы

50. Ультразвуковое исследование печени не позволяет

1. выявить диффузные изменения печени

2. охарактеризовать макроструктуру печени
3. охарактеризовать функциональное состояние печени
4. оценить контуры и форму печени

51. ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. нарушение толерантности к глюкозе
2. повышение уровня диастазы мочи
3. повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ
4. желтуха

52. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

1. гамма-глобулина
2. бетафитостерина
3. альфафетопротеина
4. прокальцитонина

53. ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

1. Керра
2. Мерфи
3. Менделя
4. Курвуазье

54. АУТОИММУННЫЙ ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ РАЗВИТИЕ

1. токсической дилатации толстой кишки
2. идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
3. почечного несахарного диабета
4. первичного склерозирующего холангита

55. ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО

1. повышение щелочной фосфатазы и ГГТП
2. повышение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина
3. снижение щелочной фосфатазы и ГГТП
4. снижение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина

56. ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1. разлитые боли в животе, диарея
2. спастические боли в левой подвздошной области, тенезмы
3. боли в правой подвздошной области, длительная лихорадка
4. острые боли в правом подреберье, желтуха

57. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ

1. биохимическое крови
2. УЗИ органов брюшной полости
3. желудочной секреции
4. фекального кальпротектина

58. ПРИ ПОВЫШЕНИИ БИЛИРУБИНА, ТИПИЧНОМ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА, НАДО ИСКЛЮЧИТЬ /

1. гемолитическую анемию

2. острый вирусный гепатит А
3. инфекционный мононуклеоз
4. хроническую алкогольную интоксикацию

59. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ОТНОСЯ

1. скудный стул с примесью крови и слизи
2. стул по типу «малинового желе»
3. тошноту, рвоту
4. тенезмы, ложные позывы

60. После появления клиники острого панкреатита наибольший уровень амилазы крови можно зафиксировать через (в часах)

1. 18-24
2. 24-48
3. 48-72
4. 12-18

61. Обследование на глютеную энтеропатию (целиакию) показано больным

1. алиментарным ожирением
2. наследственной гиперхолестеринемией
3. сахарным диабетом 1 типа
4. первичным наследственным гемохроматозом

62. Пищевод Баррета характеризуется метаплазией

1. многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
2. многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
3. эпителия желудка по кишечному типу
4. многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов

63. Наиболее информативным методом диагностики язвенного колита и болезни Крона является

1. компьютерная томография
2. колоноскопия с биопсией
3. ирригоскопия с барием
4. общий анализ кала

64. Положительный симптом Керра является признаком

1. рака головки поджелудочной железы
2. хронического панкреатита
3. хронического холецистита
4. язвы двенадцатиперстной кишки

65. Диарея не поддается антимикробной терапии при

1. остром бактериальном энтерите
2. болезни Уиппла
3. эозинофильном энтерите
4. доброкачественной лимфоидной гиперплазии / переменный иммунодефицит

66. Колоноскопия при псевдомембранозном колите, вызванном *CL.DIFICILIS*, выявляет

1. отсутствие макроскопических признаков воспаления слизистой
2. афты и псевдополипы слизистой
3. язвенное поражение слизистой
4. воспаление слизистой с пленчатыми наложениями

67. К ПРЕДЪЯЗВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ ____ ГАСТРИТ

1. рефлюкс-
2. аутоиммунный
3. атрофический
4. ассоциированный с хеликобактер пилори

68. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И

1. иммуногистохимического подтверждения
2. исключения других заболеваний
3. гистологического подтверждения
4. ирригоскопического подтверждения

69. Диагноз «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

1. повышения уровня ЩФ
2. повышения уровня АСТ
3. выявления РНК HCV
4. выявления ДНК HCV

70. Для оценки нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

1. липазы крови
2. липазы кала
3. эластазы крови
4. эластазы кала

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	1	25	2	49	4
2	4	26	2	50	3
3	1	27	2	51	2
4	1	28	4	52	3
5	1	29	2	53	3
6	2	30	4	54	4
7	2	31	3	55	1
8	4	32	2	56	1
9	3	33	2	57	1
10	3	34	4	58	1
11	1	35	2	59	3
12	4	36	1	60	3
13	3	37	1	61	3
14	3	38	4	62	1
15	1	39	1	63	2

16	3	40	2	64	3
17	4	41	3	65	3
18	1	42	2	66	4
19	2	43	4	67	4
20	1	44	2	68	2
21	2	45	4	69	3
22	2	46	2	70	4
23	2	47	4		
24	1	48	2		

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ

1. перорально
2. внутривенно
3. внутримышечно
4. в микроклизмах

2. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА И ТЯГИ К АЛКОГОЛЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ 2016 Г. ОДОБРЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1. Фенобарбитала
2. Дисульфирама
3. Сертралина
4. Баклофена

3. ПРЕПАРАТОМ, ВХОДЯЩИМ В ТРЕХКОМПОНЕНТНУЮ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI, ЯВЛЯЕТСЯ

1. цефазолин
2. кларитромицин
3. канамицин
4. ванкомицин

4. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛАКТУЛОЗЫ В КАЧЕСТВЕ СЛАБИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ПОВЫШАЕТСЯ

1. чувствительность прокинетических рецепторов кишки
2. осмолярность кала
3. контрактильная активность миозина гладкой мускулатуры кишки
4. активность слизиобразования колоноцитами

5. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЮТ

1. терапию а-интерфероном
2. физиотерапевтическое лечение
3. витамины группы В
4. устранение этиологического фактора

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, НАЗНАЧАЮТ

1. аминостерил
2. рибавирин
3. холестирамин
4. гептрал

7. ПРИ ТЯЖЕЛОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕЛИРИЯ И СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ 2016 Г. РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1. Карбамазепина
2. Фенобарбитала
3. Диазепама
4. Амитриптилина

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА В СОЧЕТАНИИ С РИБАВИРИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. стенокардия вне зависимости от класса тяжести
2. цирроз печени класс С по Чайлду-Пью
3. нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ
4. артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных пр

9. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1. препаратов глюкокортикостероидов
2. нестероидных противовоспалительных препаратов
3. антигистаминных препаратов
4. препаратов эссенциальных фосфолипидов

10. ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА

1. внутрь
2. в свечах и в виде ректальной пены
3. внутрь и внутривенно
4. внутривенно

11. РЕГИДРАТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

1. раствора калия хлорид + натрия ацетат + натрия хлорид
2. декстрана
3. раствора глюкозы
4. физиологического раствора

12. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У

1. всех пациентов вне зависимости от типа АИГ
2. небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа
3. большинства пациентов
4. небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа

13. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗДРАЖАЮЩИХ И ОСМОТИЧЕСКИХ СЛАБИТЕЛЬНЫХ МОЖЕТ СТАТЬ

1. дивертикулярная болезнь толстой кишки
2. синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна
3. лаксативная болезнь
4. синдром раздраженной толстой кишки

14. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эрадикация *Helicobacter pylori*
2. уменьшение выраженности болевого синдрома
3. уменьшение риска прободения язвы
4. снижение секреции соляной кислоты

15. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

1. преднизолона
2. азатиоприна
3. циклофосфамида
4. эссенциале

16. К СТИМУЛИРУЮЩИМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ РАЗДРАЖАЮЩЕГО И СЕКРЕТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

1. полиэтиленгликоль
2. псиллиум
3. бисакодил
4. лактулоза

17. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭКЗОГЕННОГО ПАНКРЕАТИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. хронический панкреатит с внутрисекреторной недостаточностью
2. хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
3. хронический неатрофический гастрит
4. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

18. Для снятия болей при эзофагите наиболее эффективен

1. рабепразол
2. платифиллин
3. метоклопрамид
4. дротаверин

19. МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ЛИТОТРИПСИЮ ПРИ ХОЛЕСТЕРИНОВОМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ КИСЛОТОЙ

1. хенодеоксихолевой
2. урсодезоксихолевой
3. литохолевой
4. гликохолевой

20. К ОБЪЕМНЫМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ ОТНОСИТСЯ

1. лактулоза
2. пикосульфат натрия
3. псиллиум
4. полиэтиленгликоль

21. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ

1. риска прободения
2. сроков рубцевания язвы
3. частоты рецидивов
4. болевого синдрома

22. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ВКЛЮЧАЕТ

1. гепатопротекторы
2. ферменты
3. фенобарбитал
4. холеретики

23. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

1. хроническом панколите
2. проктите
3. хроническом энтерите
4. энтероколите

24. К ЦИТОПРОТЕКТОРАМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ

1. омепразол
2. висмута трикалия дицитрат
3. платифиллина гидротартрат
4. фамотидин

25. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI КЛАРИТРОМИЦИН НАЗНАЧАЮТ 2 РАЗА В ДЕНЬ ПО (В МГ)

1. 250
2. 500
3. 1000
4. 100

26. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

1. реаферон
2. глюкокортикоиды
3. гепатопротекторы
4. эссенциальные фосфолипиды

27. ПРИ УГРОЗЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

1. растительные жиры
2. белки
3. жидкость
4. углеводы

28. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮТЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

1. ферменты поджелудочной железы
2. аглютеновую диету
3. антибиотики
4. препараты 5-аминосалициловой кислоты

29. ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. метотрексат
2. интерфероны
3. урсодезоксихолевую кислоту
4. преднизолон

30. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, УЛУЧШАЮЩИХ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ОТНОСЯТ НПВП

1. ингибиторы протонной помпы
2. М-холинолитики
3. препараты УДХК

31. ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. альфа-интерферона
2. азатиоприна
3. преднизолон
4. урсодезоксихолевой кислоты

32. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

1. спазмолитики
2. ферменты, содержащие желчные кислоты
3. прокинетики
4. ингибиторы протонной помпы

33. УСИЛИВАЮТ ДИАРЕЮ ПРИ ЦЕЛИАКИИ

1. мясо
2. кукуруза
3. рис
4. белые сухари

34. К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ ПРОКИНЕТИКОВ ОТНОСЯТ

1. гимекромон
2. гиосцина бутилбромид
3. сульфасалазин
4. итоприда гидрохлорид

35. S-ИЗОМЕРОМ ОМЕПРАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1. эзомепразол
2. ланзопразол
3. пантопразол
4. рабепразол

36. АЛЬГИНАТОМ НАТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. альмагель
2. ультоп
3. гевискон
4. фосфалюгель

37. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПАНКРЕАТИН

1. в виде микротаблеток
2. в виде драже с кишечнорастворимой оболочкой
3. таблетированный с кишечнорастворимой оболочкой
4. минимикросферический в капсулах

38. ФЕРМЕНТНЫМ ПРЕПАРАТОМ, СОДЕРЖАЩИМ ЖЕЛЧЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. мезим-форте
2. фестал
3. креон
4. микразим

39. В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ВОЗМОЖНА ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ

1. рентгеннегативный конкремент в желчном пузыре размером до 1,5 см.
2. группа рентгеннегативных конкрементов в желчном пузыре размером до 1,0 см, занимающая до ½ объёма желчного пузыря
3. рентгенпозитивный конкремент в желчном пузыре размером до 1,5 см.
4. рентгеннегативный конкремент в желчном пузыре размером до 1,5 см и сохранённая сократительная функция желчного пузыря

40. В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ С ЦЕЛЬЮ

1. создания функционального покоя поджелудочной железы
2. купирования болевого синдрома
3. профилактики и лечения реактивных эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны
4. верно всё перечисленное

Ситуационные задачи

Задача № 1

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманых восприятий нет. Питание достаточное. Телосложение правильное. Конституционально астенический тип. Дермографизм смешанный. Кожа, видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы, суставы без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64. Пульс 64 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 110/60 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное. Язык обложен серым налётом, влажный. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании, мягкий. При поверхностной пальпации во всех отделах безболезненный, при глубокой пальпации – болезненность в эпигастрии. Печень 9×8×7 см не из-под края рёберной дуги. Селезёнка 6×5 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул мягкий, оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не учащено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 2

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 20,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненность в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяется усиление болезненности в этих зонах. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 3

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 4

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 5

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).

2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 6

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 7

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

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

появились рецидивирующие геморроидальные кровотечения. Б/х анализ крови: гипоальбуминемия (28 г/л), гипербилирубинемия (общ. 119,5 мкмоль/л, пр. 82,6 мкмоль/л), повышение трансаминаз (АЛТ 50,7 Ед/л, АСТ 104,9 Ед/л).

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 8

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

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

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

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное, ИМТ 20,58 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный.

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 9

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 10

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

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

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

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 11

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

Анамнез заболевания: заболел примерно 4 месяца назад, с появления диареи. В это время находился в командировке и связал диарею и лихорадку с кишечной инфекцией. Однако, несколько курсов антибиотикотерапии, приём пробиотиков стойкого улучшения не принесли.

Похудел за это время на 8 кг. В последний месяц стала нарастать слабость, что и заставило обратиться за медицинской помощью.

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное. Питание понижено. Кожа сухая, шелушащаяся. В углах рта – «заеды». Кожа и видимые слизистые бледные. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. ИМТ 17,5 кг/м². Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы, суставы без особенностей. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 17 в мин. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. 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.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 12

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 18,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без грубых изменений. Молочные железы осмотрены – без особенностей. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация

кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяется незначительная болезненность в эпигастрии. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 13.

Жалобы: Больной 27 лет, менеджер предъявляет жалобы на частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, снижение массы тела, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38°C.

Анамнез заболевания: Считает себя больным около месяца. Заболевание дебютировало появлением болей в животе и жидкого стула до 3 раз в сутки. Самостоятельно принимал но-шпу, лоперамид — без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, операций не было. Не курит, алкогольными напитками не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было. Отец здоров, у матери язвенный колит. Контакт с больными инфекционными заболеваниями отрицает.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней степени тяжести. Т тела 37,5°C. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 18,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы бледные, сухие, без патологических элементов. Веки не гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, без патологических элементов. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Отмечается пальпаторная болезненность и припухание голеностопных и коленных суставов; движения в них ограничены из-за болезненности. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 105 в мин. Пульс 105 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 100/70 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, вздут, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. При глубокой пальпации сигмовидной, нисходящей ободочной и поперечной ободочной кишки выявляется усиление болезненности. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 12 раз за истекшие сутки, жидкий, с примесью крови и слизи. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 14

Жалобы: Мужчина 27 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту, периодически рвоту съеденной пищей. Рвота и приём пищи приносят облегчение.

Анамнез заболевания: Впервые боли после приема пищи отметил год назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Альмагель. Настоящее ухудшение состояния на протяжении недели, связывает со стрессовыми перегрузками на работе.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные. Травм, операций не было. Алкогольные напитки не употребляет; курит 1 пачку сигарет в день на протяжении 10 лет. Аллергических реакций не отмечал. Образование высшее, работает геологом: частые командировки. Мать страдает гипертонической болезнью, отец — язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Т тела 36,5°C. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. Рост 175 см, вес 65кг, ИМТ 21 кг/м². Телосложение правильное. Дерматографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без особенностей. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 80 в мин. Пульс 80 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 120/70 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, обложен беловатым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При глубокой пальпации в эпигастральной зоне выявляется усиление болезненности и незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Менделя «положительный». Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз за истекшие сутки, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 15

Жалобы: мужчина 42 лет предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, увеличение живота в объеме, желтушность кожных покровов,

склер, повышенную кровоточивость десен, легкое образование синяков, боли в нижних конечностях при ходьбе

Анамнез заболевания: Считает себя больным около 2-х недель. Выше перечисленные жалобы появились, после эпизода массивного злоупотребления алкоголем.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Трансфузий препаратов донорской крови не было. Травм, операций не было. Аллергических реакций не отмечал. Злоупотребляет алкогольными напитками, ежедневно выпивает около 200 мг водки; курит около 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет; применение наркотиков отрицает. Работает слесарем. Контакт с больными инфекционными заболеваниями в течении месяца отрицает.

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести. Т тела 36,5°C. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 19 кг/м². Телосложение правильное. Дерматографизм смешанный. Кожные покровы желтушны, на коже рук и ног — экхимозы различной давности, на голених — петехиальная сыпь; пальмарная эритема ладоней. Видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры желтушны. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена. Отмечается гиперплазия околоушных слюнных желез. Ложная гинекомастия. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без особенностей. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 100 в мин. Пульс 100 уд/мин., ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 100/60 мм. рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 97%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах с обеих сторон; хрипов нет. Язык влажный, обложен негустым серо-жёлтым налётом. Живот увеличен в объёме, симметричный, не участвует в дыхании. В боковых отделах живота прослеживаются подкожные вены. Объём талии 110 см. При поверхностной пальпации живот плотный, безболезненный, диастаза прямых мышц живота и расширения пупочного кольца нет. Глубокая пальпация живота невозможна ввиду напряжения живота. Перкуторно определяется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости. «Положительный» симптом балотирования печени. Меркуторные тразмеры печени 18×18×17 см, нижний край печени на 9см выступает из-под края рёберной дуги; печень плотная, слабо-болезненная при пальпации, с ровной поверхностью и краем. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 12×8 см, нижний полюс селезёнки по краю рёберной дуги. Стул 1 раз за истекшие сутки, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Пастозность голених.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. НЕОСЛОЖНЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ

- А - острым цистите у беременной
- Б - хроническом пиелонефрите при почечнокаменной болезни
- В - острым цистите у небеременных женщин
- Г - цистите или пиелонефрите у пациента с сахарным диабетом

2. СКРИНИНГ И ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- А - при сохранении катетер-ассоциированной бактериурии у женщин спустя 48 ч после удаления катетера
- Б - пациентам перед операцией артропластики
- В - пожилым лицам

3. ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ – 1,3 Г/Л, ДИУР __ МГ

- А - 1640
- Б - 1040
- В - 420
- Г – 920

4. ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭРИТРОЦИТУРИЕЙ И ОТЕКАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А - острого гломерулонефрита
- Б - почечно-каменной болезни
- В - Пиелонефрита
- Г – Цистита

5. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ БАКТЕРИУРИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - посев мочи
- Б - определение лейкоцитарной эстеразы в моче
- В - бактериоскопия мочевого осадка
- Г - определение концентрации нитритов в моче

6. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А - наличии макрогематурии
- Б - нефротическом синдроме
- В - сочетании нефротического синдрома и артериальной гипертензии
- Г - артериальной гипертензии

7. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - наличие единственной функционирующей почки
- Б - тубулоинтерстициальное заболевание почек неясного происхождения
- В - значимое повышение уровня мочевины и креатинина крови
- Г - артериальная гипертензия

8. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ

- А - Натрия
- Б - Инулина
- В - Мочевины
- Г – Креатинина

9. ПОКАЗАНИЕМ К БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - отсутствие эффекта от эмпирической антимикробной терапии через 5-7 дней от начала лечения неосложненной инфекции мочеполовых путей
- Б - неосложненный пиелонефрит у молодых женщин
- В - бессимптомная бактериурия у пожилых людей
- Г - острый цистит у молодых женщин

10. СТАДИЮ АЛЬБУМИНУРИИ/ПРОТЕИНУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК

- «ОПТИМАЛЬНУЮ» ПРИ НАЛИЧИИ ОТНОШЕНИЯ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)
- А - 10-29
 - Б - 30 – 299
 - В <10
 - Г - 300 – 2999

11. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОЧЕЧНЫХ КИСТАХ ПРОВОДЯТ С

- А - гематомой (нетравматическая, травматическая)
- Б - псевдокистой (уринома)
- В - злокачественной опухоли (почечно-клеточная карцинома, онкоцитома, лимфома, метастазы)
- Г - аутосомно-доминантным поликистозом почек 2 типа

12. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - ретроградная пиелография
- Б -экскреторная урография
- В - ультразвуковое исследование
- Г – Артериография

13. КРОМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

- А - уратной нефропатии
- Б - диабетической нефропатии
- В - склеродермической почки
- Г - рецидивирующего пиелонефрита

14. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ РАССЧИТЫВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ФОРМУЛЫ

- А - Зимницкого
- Б - Каковского-Аддиса
- В - Сельдингера
- Г - Кокрофта-Голта

15. ЛЕЙКОЦИТУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ

- А - Гломерулонефрите
- Б - Пиелонефрите
- В - Амилоидозе
- Г – Нефролитиазе

16. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ РАСЧЕТ СООТНОШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ

- А - креатинина/альбумина в утренней разовой порции мочи
- Б - креатинина/альбумина в суточной моче
- В - общего белка/креатинина в суточной моче
- Г - альбумина/креатинина в утренней разовой порции мочи

17. В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕФРОЛОГОВ РОССИИ 2014 ГОДА, КРИТЕРИЮ А0 СТАДИИ АЛЬБУМИНУРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

- А - 300-1999
- Б <10
- В - 10-29
- Г - 30-299

18. ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- А - выраженной гиперкатехоламинемией
- Б - артериальной гипотензией
- В - сопутствующей инфекцией
- Г - острой надпочечниковой недостаточностью

19. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК ВЫПОЛНЯЮТ АНАЛИЗ МОЧИ ПО

- А - Зимницкому
- Б - Нечипоренко
- В - Аддис-Каковскому
- Г - Амбурже

20. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А - протеинурия
- Б - Изостенурия
- В - гиперхолестеринемия
- Г - артериальная гипертензия

21. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРОСТОЙ ПОЧЕЧНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - УЗИ почек
- Б - определение концентрационной функции почек
- В - пункция кисты
- Г - ангиография сосудов почек

22. ДВУХСТОРОННЕЕ УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А - инфаркта почки
- Б - Амилоидоза
- В - диабетической нефропатии
- Г - врожденных диспластических синдромов

23. ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ВЕДУЩИМ ВИДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - ретроградная пиелография

- Б - ультразвуковое исследование в вертикальном положении
- В - обзорная рентгенография
- Г - экскреторная урография

24. ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ, ОТРАЖАЮЩИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК, ЯВЛЯЮТСЯ

- А - билирубин и его производные
- Б - Электролиты
- В - креатинин и мочевины
- Г - белок и его фракции

25. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - Лейкоцитурия
- Б - Макрогематурия
- В - Альбуминурия
- Г - Микрогематурия

26. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - уменьшение размеров почек
- Б - кортико-медуллярной дифференциации почек
- В - гидронефротическая трансформация почек
- Г - деформация наружного контура почек

27. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ

- А - слизистой десны
- Б - Почки
- В - подкожного жира
- Г -слизистой прямой кишки

28. ПРИ СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ, ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК И ОТСУТСТВИИ БАКТЕРИУРИИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- А - врожденной аномалии
- Б - рака почки
- В - туберкулеза почек
- Г - хронического пиелонефрита

29. В СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ

- А - Гипокалиемия
- Б - отек легких
- В - Гипергидратация
- Г - уремический перикардит

30. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- А - Одышку
- Б - Отеки
- В - Олигурию

Г - артериальную гипертензия

31. СУТОЧНАЯ ПОТЕРЯ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ В МГ)

А - 150

Б - 30

В - 100

Г - 80

32. ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А - декомпенсации несахарного диабета

Б - обострения хронического гломерулонефрита

В - обострения хронического пиелонефрита

Г - декомпенсации сахарного диабета

33. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А - Ангиография

Б - радиоизотопная ренография

В - экскреторная урография

Г - ультразвуковое сканирование почек

34. В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕФРОЛОГОВ РОССИИ 2014 ГОДА, КРИТЕРИЮ А2 СТАДИИ АЛЬБУМИНУРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

А - 10-29

Б - 30-299

В - 300-1999

Г - <10

35. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОЧКИ ПОКАЗАНА ПРИ

А - любых случаях заболевания почек, независимо от стадии

Б - остром повреждении почек любого генеза

В - необходимости верифицировать конкретный вариант гломерулонефрита

Г - подозрении на наличие гломерулонефрита, независимо от его стадии и клинического варианта

36. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

А - морфологическое исследование почечного биоптата

Б - цитологическое или гистологическое исследование костного мозга

В - КТ органов грудной клетки и брюшной полости

Г - определение суточной протеинурии

37. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

А - пиелонефрит

Б - амилоидоз

В - урологическое заболевание

Г - миеломную болезнь

38. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

А - гиперферментемия и гипербилирубинемия

- Б - гипопропротеинемия и гиперлипидемия
- В - гиперфибриногенемия и гиперурикемия
- Г - кетоацидоз и гиперпротеинемия

39. У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА – 1,66 Г/Л И ЕДИНИЧНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ В П/ЗР ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А - хронический пиелонефрит
- Б - хронический гломерулонефрит
- В - хронический интерстициальный нефрит
- Г - амилоидоз почек

40. В МОЧЕ В НОРМЕ ПРИСУТСТВУЕТ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЦИЛИНДРОВ

- А - Гиалиновых
- Б - Зернистых
- В - Эритроцитарных
- Г - Восковидных

41. СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СЧИТАЕТСЯ

- А - мембранопротрофиеративный (мезангиокапиллярный)
- Б - липоидный нефроз
- В - фокально-сегментарный гломерулосклероз
- Г - мезангио-пролиферативный

42. БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

- А - росте (10x2 КОЕ/мл) одного и того же микроорганизма в двух посевах мочи при отсутствии клинических проявлений
- Б - росте (105 КОЕ/мл) одного и того же микроорганизма в двух посевах мочи при отсутствии клинических проявлений
- В - бактериурии в сочетании с пиурией и отсутствием клинических проявлений
- Г - случайном определении бактериурии в моче осадке в общем анализе мочи

43. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А - повышение содержания мочевины крови
- Б - гиперурикемия
- В - гиперкалиемия
- Г - повышение содержания креатинина в крови

44. РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А - бактериурия
- Б - цилиндрурия
- В - лейкоцитурия
- Г - протеинурия

45. ТОКСИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ (ПО БИОХИМИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ КРОВИ) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ РТУТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ВТИРАНИЯ РТУТНОЙ МАЗИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

_____ В КРОВИ СОДЕРЖАНИЯ МОЧЕВИНЫ, _____ СОДЕРЖАНИЯ КРЕАТИНИНА, _____ ПЛОТНОСТИ МОЧИ И _____ ЕЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА

- А - повышением, повышением, уменьшением, уменьшением

- Б - уменьшением, уменьшением, уменьшением, повышением
- В - уменьшением, повышением, сохранением, уменьшением
- Г - повышением, повышением, повышением, уменьшением

46. ОДНОСТОРОННЕЕ УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А - хронического интерстициального нефрита
- Б - стеноза почечной артерии
- В - кистозных заболеваний почек
- Г - хронического гломерулонефрита

47. ЖАЛОБЫ НА РЕЗИ И ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А - интерстициального нефрита
- Б - хронического гломерулонефрита
- В - пиелонефрита
- Г - цистита

48. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ ПРИЗНАКОВ

- А - гипоальбуминемия менее 30 г/л + протеинурия более 3,5 г/сут
- Б - артериальная гипертензия + гиперкоагуляция
- В - протеинурия менее 1,0 г/сут + артериальная гипертензия
- Г - гематурия + изогипостенурия

49. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ

- А - гипостенурии
- Б - бактериурии
- В - лейкоцитурии
- Г - Протеинурии

50. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ С МНОГОЛЕТНИМ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ В МОЧЕ ПРОТЕИНУРИИ ДО 3,5 Г/Л МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

- А - амилоидоза почек
- Б - миеломной болезни
- В - хронического пиелонефрита
- Г - хронического гломерулонефрита

51. ПРИ СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ, ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК И ОТСУТСТВИИ БАКТЕРИУРИИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- А - врожденной аномалии
- Б - туберкулеза почек
- В - рака почки
- Г - хронического пиелонефрита

52. ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ДИАГНОСТИРУЮТ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ИЛИ СНИЖЕНИЯ ИХ ФУНКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ (Пороговое значение, в месяцах)

- А ≥ 3
- Б ≥ 12

B \geq 6
Г \geq 16

53. НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО СЧИТАТЬ

- А - повышение артериального давления
- Б - гиперкалиемию, судороги
- В - полиурию, полидипсию
- Г - метаболический ацидоз

54. ПРИСТУП СИЛЬНОЙ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ С ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ МОЧЕТОЧНИКА В ПАХОВУЮ ОБЛАСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А - цистите
- Б - мочекаменной болезни
- В - пиелонефрите
- Г - гломерулонефрите

55. СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СЧИТАЕТСЯ

- А - фокально-сегментарный гломерулосклероз
- Б - мембранопротролиферативный (мезангиокапиллярный)
- В - мезангио-пролиферативный
- Г - липоидный нефроз

56. ПРИ ДОСТАТОЧНОМ ПАССАЖЕ МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - первичным
- Б - обструктивным
- В - осложненным
- Г - Вторичным

57. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - низкая осмолярность мочи
- Б - стойкая азотемия
- В - высокая протеинурия
- Г - гиперкалиемия

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А - петлевых диуретиков
- Б - ингибиторов АПФ
- В - блокаторов α -адренорецепторов
- Г - блокаторов β -адренорецепторов

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 4 СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - гиперкалиемия
- Б - гипокалиемия
- В - объем-натрий-зависимая гипертензия
- Г - ренин-зависимая гипертензия

3. НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- А - Статины
- Б - Диуретики
- В - Фибраты
- Г – Нитраты

4. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК СУЩЕСТВУЕТ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

- А - макролидами
- Б - сульфаниламидами
- В - пенициллинами
- Г – аминогликозидами

5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А - фолиевой кислоты
- Б - витамина В12
- В - Преднизолона
- Г – Эритропоэтина

6. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ВЫЗВАННОМ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ СЧИТАЕТСЯ

- А - Оксациллин
- Б - Палин
- В - Эритромицин
- Г – Карбенициллин

7. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - диабетическая нефропатия с нефротическим синдромом
- Б - 4 стадия хронической болезни почек
- В - смешанная форма гломерулонефрита
- Г - обострение хронического пиелонефрита

8. К ОПТИМАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ

- А - блокаторы кальциевых каналов
- Б - гидралазин
- В - диуретики
- Г - β -блокаторы

9. ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ ВЫВЕДЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ С МОЧОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А - Лозартан
- Б - Гипотиазид
- В - Амлодипин
- Г – Рамиприл

10. НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А - макролиды
- Б - Аминогликозиды
- В - Нитрофураны

Г - β-лактамы

11. ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- А - пациентам с сахарным диабетом
- Б - пациентам с нарушением функции тазовых органов
- В - беременным
- Г - в старческом возрасте

12 ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах
- Б - снижение внутриклубочковой гипертензии
- В - повышение активности депрессорной системы почек
- Г - снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон

13. ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, ЦИТОСТАТИКИ, АНТИКОАГУЛЯНТЫ И

- А - Спазмолитики
- Б - Дезагреганты
- В - петлевые диуретики
- Г – Антибиотики

14. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А - артериальная гипертензия
- Б - нарушение азотовыделительной функции
- В - патологическая лейкоцитурия
- Г - нефротический синдром

15. ПРИ ВЫБОРЕ МОЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА БОЛЬНОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ, У КОТОРОГО УРОВЕНЬ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ 6 МЭКВ/Л, ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ

- А - Триамтерену
- Б - Фуросемиду
- В - Верошпирону
- Г – Арифону

16. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- А - 14-20
- Б - 7-10
- В - 10-14
- Г - 3-5

17. ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЮТ

- А - уменьшение количества жидкости
- Б - уменьшение потребления соли
- В - увеличение содержания калия
- Г -увеличение количества жидкости

18. ФУРОСЕМИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ В ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНАХ

- А - проксимального извитого канальца
- Б - собирательных трубочек
- В - дистального извитого канальца
- Г - восходящей части петли Генле

19. ДИЕТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЮТ

- А - повышение потребления калий-содержащих продуктов
- Б - ограничение потребления хлорида натрия до 1-2 г/сут
- В - увеличение количества потребляемой жидкости
- Г - увеличение потребления хлорида натрия

20. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- А - глюкокортикостероиды, цитостатики, антикоагулянты
- Б - антигистаминные средства, антибиотики, поливитамины
- В - диуретики, белковые растворы, антикининовые препараты
- Г - антагонисты альдостерона, нитровазодилататоры, антагонисты кальция

21. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ

- А - 4-6 недель
- Б - не более 14 дней
- В - 21 день
- Г - 72 часа

22. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ПОКАЗАН

- А - ципрофлоксацин
- Б - фосфомицин
- В - Ампициллин
- Г - Тертациклин

23. БЕРЕМЕННОЙ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А - нитрофурановых препаратов
- Б - аминогликозидов
- В - полусинтетических пенициллинов
- Г - препаратов тетрациклинового ряда

24. КАРБЕНИЦИЛЛИН РАЦИОНАЛЬНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЫЗВАННОГО

- А - кишечной палочкой
- Б - Стафилококком
- В - Стрептококком
- Г - синегнойной палочкой

25. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- А - не более 7
- Б - не менее 28
- В - 14-21
- Г - не менее 14

26. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А - анализ мочи по Зимницкому
- Б - уровень мочевой кислоты в крови
- В - суточная протеинурия
- Г - липидный спектр крови

27. ЦИТОСТАТИКИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТСЯ В СЛУЧАЕ

- А - выраженной гематурии
- Б - нарушения азотовыделительной функции
- В - активности процесса
- Г - обострения латентной инфекции

28. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- А - бета-адреноблокаторы
- Б - НПВС
- В - тиазидные диуретики
- Г -ингибиторы АПФ

29. В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА МОЖНО НАЗНАЧАТЬ

- А - Тетрациклины
- Б - фторхинолоны
- В - нитрофураны
- Г - полусинтетические пенициллины

30. НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- А - непрямые антикоагулянты
- Б - сахароснижающие препараты производные сульфонилмочевины
- В - нестероидные противовоспалительные препараты
- Г - блокаторы рецепторов ангиотензина II

31. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ

- А - 4-6 недель
- Б - 21 день
- В - 72 часа
- Г - не более 14 дней

32. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ

- А - антиагрегантов
- Б - нестероидных противовоспалительных средств
- В - антикоагулянтов
- Г – глюкокортикоидов

33. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ _____ В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГОСРЕДСТВА, ЗАМЕДЛЯЮЩЕГО ПРОГРЕССИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А - антагонистов кальция

- Б - ингибиторов АПФ
- В - петлевых диуретиков
- Г – Глюкокортикоидов

34. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ

- А - Преднизолоном
- Б - Индометацином
- В - Курантилом
- Г – Цитостатиками

35. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК КОРТИКОСТЕРОИДЫ

- А - ускоряют течение амилоидоза
- Б - замедляют течение амилоидоза
- В - не влияют на скорость течения процесса
- Г - потенцируют процесс

36. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А - ципрофлоксацин
- Б - мофетила микофенолат
- В - Метилпреднизолон
- Г – Колхицин

37. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- А - петлевые диуретики
- Б - Глюкокортикоиды
- В - анаболические стероиды
- Г - белковозамещающие препараты

38. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА НА _____ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А - 4
- Б - 3а
- В - 5
- Г - 3б

39. К ГЛАВНЫМ ПРЕПЯТСТВИЯМ ДЛЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ РААС ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А - Кашель
- Б - Гиперкалиемию
- В - тошноту и рвоту
- Г – Гипокалиемию

40. ЕСЛИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ ВЫЯВЛЕНА ЗНАЧИМАЯ БАКТЕРИУРИЯ, ТО В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А - короткий курс антибактериальной терапии с предварительным посевом мочи на микрофлору
- Б - антибактериальную терапию только при наличии признаков распространения инфекции на верхние мочевые пути
- В - фитотерапию
- Г - антибактериальную терапию только при наличии дизурии

41. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
А - ингибитор АПФ
Б - препарат кальция
В - глюкокортикостероид
Г – Кальцитриол
42. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ
А - двустороннем стенозе почечной артерии
Б - Феохромоцитоме
В - гипертоническом варианте гломерулонефрита
Г - диабетической нефропатии
43. ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ЭФФЕКТИВНА ПРИ
А - волчаночном нефрите
Б - первичном амилоидозе
В - диабетической нефропатии
Г - гипертонической форме ХГН
44. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А - ципрофлоксацин
Б - мофетила микофенолат
В - метилпреднизолон
Г –Колхицин
45. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ
А - Диклофенаком
Б - Преднизолоном
В - Дипиридамолом
Г – Гепарином
46. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЮТ (В (МГ)
А - 120-150
Б - 40
В - 20
Г - 60-80
47. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОСФОМИЦИНА ВЫСТУПАЕТ
А - острый бактериальный цистит
Б - острый бактериальный тонзиллит
В - остеомиелит
Г - острый бактериальный синусит
48. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАРУШАЮЩИМИ ЗАКЛАДКУ ПОЧЕК ПЛОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ
А - ингибиторы АПФ
Б - блокаторы кальциевых каналов
В - бета-адреноблокаторы
Г - агонисты I-имидазолиновых рецепторов

49. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 3-5 СТАДИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А - гентамицина
- Б - амоксициллина
- В - урофосфобола
- Г – цефтриксона

50. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ ОТНОСЯТ

- А - макролиды (кларитромицин, клацид, сумамед)
- Б - пероральные цефалоспорины II–III поколения (цефотаксим, цефиксим, цефтибутен)
- В - фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин)
- Г - гентамицин (±ампициллин)

51. НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ С

- А – левомецетином
- Б - эритромицином
- В - пенициллином
- Г – Цефалоспоринами

52. ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ

- А - преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил
- Б - преднизолон + гепарин + курантил + диуретик
- В - индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин
- Г - цитостатик + гепарин + курантил + эуфиллин

53. ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ

- А - магния
- Б - железа
- В – калия
- Г – Кальция

54. ЕСЛИ ПРИ ТЕРАПИИ ИАПФ ЧЕРЕЗ 1 НЕДЕЛЮ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ КРЕАТИНИНА ОТ 120 МКМОЛЬ/Л ДО 300 МКМОЛЬ/Л, СЛЕДУЕТ

- А - отменить ИАПФ и направить на консультацию к нефрологу
- Б - заменить ИАПФ на сартан
- В - продолжить терапию ИАПФ в сниженной в два раза дозе
- Г - оставить прежнюю терапию и повести контроль уровня креатинина через 1 неделю

веты

НОМЕР ВОПРОСА	ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ	НОМЕР ВОПРОСА	ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
1	Б	31	А
2	А	32	Г
3	А	33	Г
4	Г	34	Б
5	Г	35	А
6	Г	36	А
7	В	37	Б
8	В	38	В
9	А	39	Б
10	Б	40	А

11	В	41	Г
12	Б	42	А
13	Б	43	А
14	Г	44	А
15	Б	45	А
16	Г	46	Г
17	Б	47	А
18	Г	48	А
19	Б	49	А
20	А	50	Б
21	А	51	Г
22	Б	52	А
23	В	53	Б
24	Г	54	А
25	Г		
26	В		
27	В		
28	Г		
29	Г		
30	Г		

Ситуационные задачи

Клиническая ситуация №1

Больной В., 26 лет, предъявляет жалобы на одышку с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке, сердцебиения, головную боль, головокружения, тошноту, отеки на лице, общую слабость. Из анамнеза жизни: В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, находился на диспансерном учете, строго выполнял все рекомендации. Но оставались головные боли, слабость, артериальное давление чаще было повышенным, иногда отмечались отеки под глазами по утрам, при сдаче анализов мочи всегда находили изменения. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением, после чего отеки под глазами стали более продолжительными, усилились головные боли, появились сердцебиения и одышка. Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, бледная, видимые слизистые бледно-розовые. Одутловатость лица, отеки на ногах мягкие, подвижные. Над всей поверхностью легких легочный звук, дыхание везикулярное. Артериальное давление 180/100 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ослаблен, резистентность его снижена, площадь расширена. Тоны сердца правильного ритма, частотой 98 уд/мин., приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно. Пальпация области почек безболезненна. Мочевой пузырь не определяется.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №2

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №3

Больная А., 23 лет, поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, боли в пояснице, головные боли, головокружение, шум в ушах, учащенное мочеиспускание, рези в конце мочеиспускания, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились рези в конце мочеиспускания, лечилась травами, отмечала хороший результат. В последующие годы при появлении резей также никуда не обращалась. Последнее обострение сопровождалось ознобами, повышением температуры до 39°C, впервые появились головные боли и головокружение. Лечение травами не оказало эффекта и больная обратилась в поликлинику. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Отечность под глазами, на пояснице, умеренно выражены. Кожные покровы достаточной влажности, бледные. Бледность слизистых оболочек. Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Артериальное давление 155/105 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца не смещены, тоны сердца правильного ритма, частотой 100 в 1 мин. Ослаблен I тон над точкой выслушивания митрального клапана. Живот мягкий, безболезнен. Перистальтика определяется. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь не определяется.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №4

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

Из анамнеза заболевания: подобные боли и периодическое повышение температуры больной отмечает пять лет. При обследовании находили мелкие камни в обеих почках, иногда они

выходили самостоятельно. Ноющие боли в пояснице и рези в конце мочеиспускания больной стал отмечать год назад. Вчера вновь появились колющие, а затем жгучие боли в поясничной области, больше справа, в правой половине живота с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания, из-за болей «не мог найти места», госпитализирован в порядке скорой помощи. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на мочеиспускание, выделилось около 500 мл мочи, после чего болевые ощущения уменьшились, в дальнейшем моча стала отходить малыми порциями, часто.

Объективно:

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №5

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

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

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

Объективно:

Состояние крайне тяжелое, сознание ясное, из-за отеков век не может открыть глаза, выраженная отечность лица, губ. Кожные покровы бледные. Отеки подкожной клетчатки туловища, рук, ног мягкие, подвижные, теплые. Зев гиперемирован, миндалины гиперемированы, увеличены, выбухают в просвет глотки. Подчелюстные лимфоузлы до 2-х см в диаметре, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное, прослушивается повсеместно. Артериальное давление 180/115 мм рт ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин, усилен II-ой тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна, почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №6

У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40⁰С, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъеция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены.

Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №7

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №8

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

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №9

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9$ /л, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба

Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Клиническая ситуация №10

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ, ЗАСТАВЛЯЮЩЕГО БОЛЬНОГО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. заикание
 2. кожный зуд
 3. розовое окрашивание мочи
 4. фимоз
2. К ГРУППЕ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ
 1. апластическая
 2. сидероахрестическая
 3. микросфероцитарная
 4. В12-дефицитная
3. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 1. миелофиброза
 2. острого лейкоза

3. полицитемии
4. хронического лейкоза

4. РЕТИКУЛОЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АНЕМИИ

1. апластической
2. острой постгеморрагической
3. гемолитической
4. железодефицитной

5. КРИТЕРИЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. трансферрин
2. ферритин
3. гепсидин
4. гемосидерин

6. ГЕНЕЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖНО НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ АНАМНЕЗА

1. РЕЗЕКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II
2. БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ДЕТЕЙ (РОДОВ) С МАЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ ВРЕМЕНИ МЕЖДУ НИМИ
3. НЕФРЭКТОМИЕЙ
4. ВЕРНО 1) и 2)

7. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ВЗРОСЛЫХ УЖЕ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО

1. для гемолитических анемий
2. для железодефицитных анемий
3. для множественной миеломы
4. для болезни тяжелых цепей

8. Для железодефицитной анемии характерны

1. тошнота, рвота
2. жжение в языке
3. афтозный стоматит
4. тяга к острой пище

9. Ярко-красный язык нередко наблюдается

1. при амилоидозе
2. при тромбоцитопении
3. при мегалобластной анемии
4. при болезни Гоше

10. Рецидивирующий Herpes labialis характерен

1. для множественной миеломы
2. для мегалобластной анемии
3. для апластической анемии
4. для лимфопролиферативных заболеваний

11. Наследственность имеет решающее причинное значение

1. при хроническом миелолейкозе
2. при хроническом лимфолейкозе
3. при лимфосаркоме
4. при остром лимфобластном лейкозе

12. ИОНИЗИРУЮЩАЯ РАДИАЦИЯ, ВЕРОЯТНО, ИМЕЕТ ОСНОВНОЕ ПРИЧИННОЕ ЗНАЧЕНИЕ
1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ
 2. ПРИ ЛИМФОСАРКОМЕ
 3. ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ
 4. ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ
13. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
1. БИОПСИЮ ЛИМФОУЗЛА
 2. СТЕРИЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ
 3. ПУНКЦИЮ СЕЛЕЗЕНКИ
 4. ПОДСЧЕТ РЕТИКУЛОЦИТОВ
14. В ОСНОВЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЖИТ
1. ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
 2. ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ
 3. СТЕПЕНЬ УГНЕТЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОСТКОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ
 4. СПОСОБНОСТЬ КЛЕТОК ОПУХОЛИ К ВЫЗРЕВАНИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ
15. ВНУТРИВЕННАЯ УРОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА
1. ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ
 2. ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА
 3. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ
 4. ПРИ ЭРИТРЕМИИ
16. ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ В РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
1. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛИМФОЦИТОВ
 2. СДВИГ ФОРМУЛЫ КРОВИ ВЛЕВО ДО МЕТАМИЕЛОЦИТОВ
 3. БАЗОФИЛЬНО-ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
 4. ВЕРНО 2) И 3)
17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
1. ФЕБРИЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И ПОХУДАНИЕ
 2. КОСТНЫЕ БОЛИ И ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ
 3. СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК И ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ
 4. СКЛОННОСТЬ К КРОВОТЕЧЕНИЯМ
18. У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯЮЩИХ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, А ТАКЖЕ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНЕМИИ
1. ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ
 2. В12-ДЕФИЦИТНОЙ
 3. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
 4. ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ
19. ГЕПАТО-И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА
1. АНЕМИЧЕСКОГО
 2. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО (ОПУХОЛЕВОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ)
 3. ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО
 4. ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО

20. ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПО ПАНЧЕНКОВУ РАВНОЕ 2 ММ В ЧАС ЯВЛЯЕТСЯ

1. нормальным для мужчин и женщин
2. пониженным для мужчин
3. повышенным для мужчин и женщин
4. нормальным для женщин

21. РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ

1. В12-дефицитной
2. железодефицитной
3. фолиеводефицитной
4. гемолитической

22. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТ

1. выраженные миалгии, оссалгии
2. некупируемые тошноту и рвоту
3. постоянные лихорадку и потливость
4. чередование поносов и запоров

23. К ГРУППЕ ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ

1. серповидно-клеточная
2. железодефицитная
3. микросфероцитарная
4. В12-дефицитная

24. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ЭРИТРОЦИТА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. MCHC
2. MCH
3. MCV
4. RDW

25. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ФЕРРОТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЮТ УРОВЕНЬ

1. общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)
2. ферритина
3. трансферина
4. сывороточного железа

26. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЛЕЖИТ

1. снижение продукции фактора, стимулирующего стволовую клетку
2. снижение продукции колониестимулирующего фактора гранулоцитов
3. дефект стволовой клетки
4. уменьшение количества гемопоэтических клеток предшественников в костном мозге

27. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ПРИЕМА

1. цитостатиков
2. преднизолона
3. анальгина
4. эритропоетина

28. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ

1. парапротеина
2. альфа-глобулина
3. альбумина
4. гамма-глобулина

29. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ

1. хроническом лимфолейкозе
2. гемолитической анемии
3. остром лейкозе
4. болезни Виллебранда

30. ФЕНОМЕН УСКОРЕНИЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕН

1. нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембраны эритроцитов
2. дислипидемией, обусловленной воспалением
3. снижением заряда мембраны эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками
4. появлением белковых «мостиков» между клетками

31. УМЕНЬШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1. увеличения концентрации эритроцитов в крови
2. болезнью обмена веществ
3. снижения концентрации эритроцитов в крови
4. увеличение вязкости крови

32. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ___ ФЕРРИТИНА И ___ ОЖСС

1. снижение; повышение
2. повышение; повышение
3. повышение; снижение
4. снижение; снижение

33. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА ГЕМОГЛОБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ

1. железодефицитной
2. апластической
3. гемолитической
4. В12-дефицитной

34. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

1. кризовое течение
2. острое начало
3. выявление наследственности
4. постепенное развитие

35. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие большого количества миелобластов
2. мегалобластический тип кроветворения
3. увеличение содержания сидеробластов
4. уменьшение содержания всех форменных элементов

36. ИСТОНЧЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН, СУХОСТЬ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, СГЛАЖЕННОСТЬ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА, НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ СУХОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1. гемолитического криза
2. общеанемического синдрома
3. сидеропенического синдрома
4. фуникулярного миелоза

37. ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ И КОЛЬЦА КЕБОТА В ЭРИТРОЦИТАХ ПАТОГНОМИЧНЫ ДЛЯ _____ АНЕМИИ

1. железодефицитной
2. В12-дефицитной
3. геморрагической
4. гемолитической

38. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1. УЗИ печени и селезенки
2. биопсию лимфоузла
3. стерильную пункцию
4. подсчет ретикулоцитов

39. ДЛЯ ВИТАМИН В12- ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. гипохромии эритроцитов
2. извращения вкуса
3. миелобластов в пунктате костного мозга
4. мегалобластов в пунктате костного мозга

40. ГИПЕРХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ____ АНЕМИИ

1. железодефицитной
2. гипо и апластичекой
3. сфероцитарной гемолитической
4. В12-дефицитной

41. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. длительное назначение препаратов железа внутрь
2. назначение препаратов железа парентерально
3. проведение гемотрансфузии
4. назначение диеты с обилием яблок, гранатов, орехов и мясных продуктов

42. ПРИ ВНЕСОСУДИСТОМ ГЕМОЛИЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. гипербилирубинемия за счет прямой фракции
2. ретикулоцитоз
3. гемоглобинурия
4. гипохромная анемия

43. ПРИ ВНУТРИСОСУДИСТОМ ГЕМОЛИЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
2. гипербилирубинемия за счет прямой фракции
3. гемоглобинурия
4. гипохромная анемия

44. ДЛЯ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. микроанизоцитоза
2. эозинофилии
3. лейкопении
4. тромбоцитоза

45. СНИЖЕНИЕ ОСМОТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ _____ АНЕМИИ

1. железодефицитной
2. фолиево-дефицитной
3. гипопластической
4. гемолитической

46. НЕПРЯМАЯ ПРОБА КУМБСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

1. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител
2. антигенов эритроцитов при типировании крови
3. сенсбилизации эритроцитов плода антителами матери
4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов

47. К НОРМОХРОМНЫМ АНЕМИЯМ ОТНОСИТСЯ

1. витамин В12-дефицитная
2. апластическая
3. железодефицитная
4. фолиево-дефицитная

48. СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. гиперхромией и микроцитозом
2. гиперхромией и макроцитозом
3. нормохромией и нормоцитозом
4. гипохромией и микроцитозом

49. ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ

1. болезни Виллебранда
2. железодефицитной анемии
3. гемофилии
4. апластической анемии

50. НОРМОЦИТАРНАЯ АНЕМИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ

1. сидероахрестической анемии
2. дефиците фолиевой кислоты
3. хронической кровопотере
4. аутоиммунной гемолитической анемии

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ

1. стерильную пищу
2. проветривание помещений
3. асептические условия
4. чистоту полов

2. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ _____ К КОНЦУ _____ НЕДЕЛИ

1. ретикулоцитов; 1
2. эритроцитов; 1
3. гемоглобина; 2
4. гемоглобина; 1

3. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

1. витамина В12
2. преднизолона
3. эритропоетина
4. фолиевой кислоты

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ (БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО- ШОФФАРА) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. ферротерапия
2. цианкобаламин
3. гормонотерапия
4. спленэктомия

5. ВО ВРЕМЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

1. проведение плазмафереза
2. назначение стероидов
3. переливание свежезамороженной плазмы
4. назначение антибиотиков

6. МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии
2. введение не менее 1 л теплой донорской крови
3. переливание достаточных объемов свежезамороженной плазмы
4. назначение препаратов фактор протромбинового комплекса

7. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ПЕРЕД ДВУХВАЛЕНТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. более низкая стоимость
2. меньшая частота осложнений
3. меньшая суточная доза
4. более быстрый эффект

8. БЕРЕМЕННЫМ, ПОДРОСТКАМ, ЛИЦАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

1. микроэлементы
2. фолиевую кислоту
3. витамин С
4. витамин В12

9. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ ____ ОТДЕЛ
____ КИШКИ
1. дистальный, тощей
 2. дистальный, подвздошной
 3. проксимальный, тощей
 4. проксимальный, подвздошной
10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
1. ринит
 2. сыпь на коже
 3. агранулоцитоз
 4. тромбоз
11. КАКАЯ ЦЕЛЬ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ
1. ЭРАДИКАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО КЛОНА
 2. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 3. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОГО ГЕМОПОЭЗА И КЛЕТЧНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
 4. КОНТРОЛЬ НАД ОПУХОЛЕВОЙ МАССОЙ
12. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ
1. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИНДУКЦИЮ РЕМИССИИ
 2. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КОНСОЛИДАЦИЮ ДОСТИГНУТОЙ РЕМИССИИ
 3. НЕПРЕРЫВНУЮ ИЛИ КУРСОВУЮ ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ
 4. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ
13. КАКАЯ ЦЕЛЬ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ
1. ЭРАДИКАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО КЛОНА
 2. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 3. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОГО ГЕМОПОЭЗА И КЛЕТЧНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
 4. КОНТРОЛЬ НАД ОПУХОЛЕВОЙ МАССОЙ
14. ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН
1. УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ,
 2. ЗАМЕДЛЕНИЕМ ТОКА КРОВИ И ПОВЫШЕНИЕМ ЕЕ ВЯЗКОСТИ
 3. ТРОМБОЦИТОЗОМ
 4. ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ
15. НЕЙТРОФИЛЬНО-БАЗОФИЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ
1. ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИМИ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ
 2. ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ
 3. ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕКОЗОМ
 4. ЭРИТРЕМИЕЙ
16. ТРЁХРОСТКОВАЯ МИЕЛОИДНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА
 2. ЭРИТРЕМИИ
 3. СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО МИЕЛОЗА
 4. ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА
17. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. геморрагический синдром
2. нарушение всасывания железа
3. дефицит фолиевой кислоты
4. дефицит эритропоэтина

18. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ДОЛЖНЫ

1. избегать массовых скоплений людей
2. питаться с применением гипоаллергенных диет
3. исключить физические нагрузки, занятия спортом
4. иметь нормальный режим труда и отдыха

19. ПРЕПАРАТОМ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. тотема
2. мальтофер
3. ферретаб
4. сорбифер

20. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА ИЛИ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРОИЗВОДЯТ

1. в период приема препаратов железа
2. спустя день после отмены препаратов железа
3. перед месячными
4. спустя неделю после отмены препаратов железа

21. В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИСУТСТВУЮТ

1. антиагреганты и активаторы фибринолиза
2. плазмаферез и свежезамороженная плазма
3. антикоагулянты и активаторы фибринолиза
4. антикоагулянты, антифибринолитики

22. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. антибиотики, преднизолон и колониестимулирующий фактор
2. преднизолон, антисептики и колониестимулирующий фактор
3. преднизолон, антисептики и цитостатики
4. антибиотики, антисептики и колониестимулирующий фактор

23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повторная беременность
2. язвенная болезнь желудка в стадии обострения
3. планируемое оперативное лечение миомы матки
4. состояние после резекции желудка по Бильрот 2

24. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. синдром мальассимиляции
2. планируемое оперативное лечение миомы матки
3. повторная беременность
4. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии

25. ПРИ СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРОТИВОПОКАЗАН

1. витамин С

2. десферал
3. дефероксамин
4. железа (III) гидроксид полимальтозат

26. ПРЕПАРАТОМ ГЛЮКОНАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. тотема
2. ферретаб
3. мальтофер
4. сорбифер

27. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

1. активированное парциальное тромбиновое время
2. международное нормализованное отношение
3. тромбиновое время
4. протромбиновый индекс по Квику

28. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ТРЕХВАЛЕНТНОЕ) В ДОЗЕ (В МГ)

1. 200-300
2. 500-1000
3. 100-150
4. 50-100

29. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ ДОЛЖНЫ

1. обязательно получить инвалидность
2. избегать условий высокого риска респираторных инфекций
3. исключить физические нагрузки, занятия спортом
4. питаться с применением гипоаллергенных диет

30. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ

1. толстой кишки
2. начальных отделов тонкого кишечника
3. поджелудочной железы
4. дистальных отделов тонкого кишечника

31. ПРЕПАРАТОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. сорбифер
2. тотема
3. мальтофер
4. ферретаб

32. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЧЕРЕЗ ДВЕ НЕДЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение уровня гемоглобина
2. нормализация уровня билирубина
3. повышение уровня ретикулоцитов
4. уменьшение числа микроцитов

33. РЕТИКУЛОЦИТАРНЫЙ КРИЗ ПРИ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 3-5 дней
2. 7-10 дней
3. 1-3 дня
4. 10-14 дней

34. ЭРИТРОПОЭТИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ

1. неконтролируемой артериальной гипертензии
2. хронической болезни почек
3. острой почечной недостаточности
4. аутоиммунном гемолизе

35. ПРЕПАРАТОМ ФУМАРАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. сорбифер
2. тотема
3. мальтофер
4. ферретаб

36. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В12- ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИНОМ В12 НАЧИНАЮТ С ДОЗЫ (В МКГ В СУТКИ)

1. 600-800
2. 400-600
3. 200-400
4. 100-200

37. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. переливание свежезамороженной плазмы
2. проведение плазмафереза введение
3. глюкокортикостероидов
4. переливание эритроцитарной массы

38. РЕТИКУЛОЦИТАРНЫЙ КРИЗ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. неправильной диагностике основного заболевания
2. обострении хронических заболеваний желудочно- кишечного тракта
3. правильной тактике и адекватных дозах препаратов
4. неблагоприятном течении основного заболевания

39. ЗАМЕДЛЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРИРОСТА УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ, А ТАКЖЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ГИПЕРХРОМИИ И МАКРОЦИТОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА В12 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. присоединении дефицита фолиевой кислоты
2. развитии аплазии костного мозга
3. насыщении организма витамином В12
4. присоединении дефицита железа

40. К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ОТНОСЯТ

1. полихимиотерапию
2. плазмаферез
3. трансплантацию костного мозга

4. лучевую терапию

41. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИКАМИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ

1. свертываемости
2. мочевины, креатинина
3. скорости оседания эритроцитов
4. лейкоцитов крови

42. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН

1. протирать свои руки и лицо раствором антисептика
2. носить исключительно одноразовое стерильное белье
3. мыть руки трижды перед входом в палату
4. переодеваться при входе в палату

43. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

1. глюкокортикостероидов
2. проведения гемотрансфузий
- 3.脾切除术
4. иммунодепрессантов

44. НЕОБХОДИМАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ЖЕЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ СОЛЕЙ ЖЕЛЕЗА (II) СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

1. 80-100
2. 160-200
3. 120-170
4. 200-300

45. НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРВИСКОЗНОЙ КОМЫ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кровопускание
2. введение большого объема гипотонического раствора
3. плазмаферез
4. внутривенное введение высоких доз кортикостероидов

46. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА С ПРОВЕДЕНИЕМ СТЕРИЛЬНОЙ ПУНКЦИИ БОЛЬНЫМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ПОКАЗАНА ПРИ

1. всегда
2. тяжелой анемии
3. отсутствии ответа на препараты железа в течении 3 недель лечения
4. декомпенсированной анемии

47. ПЕРЕЛИВАНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ СРЕД БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ПОКАЗАНО ПРИ

1. тяжелой анемии
2. отсутствии ответа на препараты железа в течении 3 недель лечения
3. отсутствии ответа на препараты железа в течении 4 недель лечения
4. декомпенсированной анемии

48. ВОПРОС О ПРИМЕНЕНИИ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ МОЖНО СТАВИТЬ ПРИ УРОВНЕ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ

1. $100 \times 10^9 / \text{л}$
2. $20 \times 10^9 / \text{л}$
3. $200 \times 10^9 / \text{л}$
4. $150 \times 10^9 / \text{л}$

49. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ФЕРРОТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЮТ УРОВЕНЬ

1. ОЖСС
2. трансферрина
3. ферритина
4. сывороточного железа

50. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭРИТРОЦИТОЗАХ И ПЛЕТОРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

1. дезагреганты
2. прямые антикоагулянты
3. непрямые антикоагулянты
4. фибринолитики

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

Жалобы: Мужчина 48 лет предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, похудание на 4 кг за последние 3 месяца, вечернее повышение температуры до $37,8^\circ\text{C}$ в течении 3 месяцев, повышенную потливость, припухлость в области шеи справа.

Анамнез заболевания: Начало заболевания связывает с перенесенной в год назад острой респираторной вирусной инфекцией, когда в клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз и лимфоцитоз, которые связали с течением инфекционного заболевания и углубленного обследования не проводилось. Больной отмечает, что в течение года стал чаще болеть простудными заболеваниями и тяжело их переносить. В течение полугода пациента беспокоить быстрая утомляемость и общая слабость, которые ранее никогда не длились так долго. На протяжении последних 3-х месяцев периодически стал отмечать повышение температуры до $37,8^\circ\text{C}$ и повышенную потливость. 2 недели назад заметил припухлость на шее с правой стороны.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Травм, операций не было. Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было. Работает водителем автобуса. Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Контакта с инфекционными больными не имел.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 163 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без патологических элементов. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы справа величиной 2,5-3 см, подмышечные до 3 см с обеих сторон, паховые лимфоузлы слева до 2,0 см, безболезненные, неспаивающиеся с окружающими тканями и кожей, эластично-тестоватой консистенции. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерной участвуют в дыхании. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 78 в 1 мин. Пульс ритмичный, 78 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах. Перкуторно печень 10х9х8 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Селезенка 17х8 см., нижний её полюс на 5 см. выступает из-под края рёберной дуги, плотно-эластической

консистенции, безболезненная при пальпации. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови общий: Эритроциты: $4,97 \times 10^{12}/л$ (N 4,3-6,1); Гемоглобин: 142 г/л (N 132-180); Гематокрит: 42,8% (N 39-52); Коэффициент вариации ширины распределения эритроцитов по объему: 12,8% (N 10,5-18); Среднее содержание гемоглобина в эритроците: 28,6 пг (N 27-38); Средний объем эритроцитов: 86,1 фл (N 80-99); Средняя концентрация гемоглобина в эритроците: 332 г/л (N 300-380); Цветовой показатель: 0,86 (N 0,8-1,05); Лейкоциты: $42,55 \times 10^9/л$ (N 4-11); Лимфоциты: 75,5% (N 18-44); Лимфоциты абс.: $32,13 \times 10^9/л$ (N 1-3,7); Моноциты: 2% (N 2-12); Моноциты абс.: $0,84 \times 10^9/л$ (N 0,1-0,7); Нейтрофилы: 22% (N 45-72); Нейтрофилы абс.: $9,37 \times 10^9/л$ (N 1,5-7); Эозинофилы: 0,2% (N 0-5); Эозинофилы абс.: $0,07 \times 10^9/л$ (N 0-0,4); Базофилы: 0,3% (N 0-2); Базофилы абс.: $0,14 \times 10^9/л$ (N 0-0,1); Тромбоциты: $383 \times 10^9/л$ (N 150-450); Средний объем тромбоцитов: 9,8 фл (N 6,5-10); Тромбоцитокрит: 0,38% (N 0,19-0,36); СОЭ по Вестергрену: 30 мм/час (N 2-20); Тени Боткина -Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 2.

Жалобы: Больной 50 лет жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны.

Анамнез заболевания: Считает себя больным 2 года. Заболевание развивалось постепенно, началось без видимых внешних причин. Прогрессирование симптоматики вынудило обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни: Работает оператором на хим.заводе. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, операций не было. Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было. Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Контакта с инфекционными больными не имел.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 172 см, масса тела 80 кг. Застойная гиперемия лица, кистей рук, склер. Слизистые гиперемированы, на нёбе — выраженная гиперемия мягкого нёба с четкой границей. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Мышцы, суставы без особенностей. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерной участвуют в дыхании. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в 1 мин. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД 180/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах. Перкуторно печень 12x11x9 см, на 3 см выступает из-под края рёберной дуги, эластичная, с закруглённым ровным краем, безболезненная. Селезенка 17x8 см., нижний её полюс на 5 см. выступает из-под края рёберной дуги, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 3

Жалобы: Больной Б., 46 лет, предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физической нагрузке - при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания: Данные симптомы возникли полгода назад, интенсивность их постепенно нарастала. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога. В 35 лет была выявлена язвенная болезнь желудка. Рекомендованную противоязвенную терапию не принимал, боли в животе купировал эпизодическим приемом альмагеля, маалокса. От повторных исследований отказывался, ссылаясь на нехватку времени. Рекомендации по режиму питания не соблюдал. В возрасте 41 года, был экстренно госпитализирован в стационар по поводу желудочного кровотечения, по медицинским показаниям была произведена резекция желудка по Бильрот II. Первые три года после операции больной выполнял рекомендации, регулярно проходил все необходимые исследования, сдавал анализы, по назначению принимал лекарства. Однако последние годы пациент отказался от приема медикаментов, диспансеризацией пренебрегал, объясняя отсутствием болевого синдрома и времени.

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: детские инфекции, гепатит А, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает офисным служащим. Питание полноценное, нерегулярное. Вредные привычки: курил с 20 до 41 года по полпачки сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Семейный анамнез: мать здорова, у отца - язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Данные физикального обследования пациента: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6° С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти слоятся. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких - дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, тахикардия 94 в минуту. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Пульс 94 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется.

Клинический анализ крови:

показатель	результат	норма
Гемоглобин, г/л	76	Для мужчин 130-165
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,2	Для мужчин 4,0-5,5
Лейкоциты, $10^9/л$	6,1	4,0-9,0
палочкоядерные, %	3	1-6
сегментоядерные, %	57	45-70

Эозинофилы, %	2	0-5
Лимфоциты, %	32	17-48
Моноциты, %	6	4-10
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	250	130-400
СОЭ, мм/ч	12	До 17
MCV, fl	72	80-100
MCH, pg	23,75	27-32

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 4.

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

Анамнез заболевания: Страдает миомой матки, в анамнезе неоднократно маточные кровотечения. Вышеуказанные жалобы беспокоят появились несколько месяцев назад и постепенно нарастают.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, операций не было. Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было. Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Контакта с инфекционными больными не имела. Месячные с 14 лет, в настоящее время нерегулярные, обильные, иногда — маточные кровотечения. Беременностей 4, родов 2, аборт 2.

Данные физикального обследования пациента: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,3° С. Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие, секущиеся. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Рост 167см, вес 72 кг. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричные отделы лёгких. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритм правильный с ЧСС 90 в минуту. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Шум волчка на яремных венах. Пульс 90 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 110/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена, 6*4 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Анализ крови общий: Эр-2,9 *10¹²/л., Нб-72 г/л., ретикулоциты – 0,4 %, ЦП-0,75, MCV – 72 фл, MCH – 22 пг, MCHC – 28 г/дл СОЭ-12 мм/ч, железо сыворотки – 8 ммоль/л., ОЖСС – 95 мкмоль/л

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).

2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 5

Жалобы: Мужчина 66 лет предъявляет жалобы на появление «мурашек» в области кистей и стоп, головокружение, общую слабость, боли в языке. Отмечает, что коллеги по работе заметили бледность кожи, и желтоватый цвет склер.

Анамнез заболевания: В возрасте 59 лет у пациента внезапно, в покое, возникло чувство жжения за грудиной, сопровождавшееся повышенной потливостью, чувством нехватки воздуха и страхом смерти. Данные жалобы сохранялись в течение нескольких часов. Обращался в поликлинику по месту жительства. На снятой электрокардиограмме патологии не выявлено. В виду тяжёлого состояния и сохраняющегося болевого синдрома пациент был госпитализирован с диагнозом «Острый коронарный синдром». В стационаре повторно снята ЭКГ – без признаков ишемии. Исследованы тропонины: тропонин I=0.1 нг/мл, тропонин T=0.01 нг/мл. Учитывая жалобы на остро возникшую нехватку воздуха, был оценён риск развития тромбоза лёгочной артерии: по шкале Wells 0 баллов (низкий риск ТЭЛА), по шкале Geneva 0 баллов (низкий риск ТЭЛА); на ЭКГ признаков перегрузки правых отделов нет. При проведении ЭхоКГ: ЛП из апикальной позиции 4.0x5.0, ЛП 2.5 – 4.0, ПП из апикальной позиции 2.6x4.2 см, КДО ЛЖ 43 мл, КСО ЛЖ 50 мл, давление в ЛА 28 мм рт. ст., ФВ по методу Симпсона 53%, зон гипо-, дис-, акинезии не выявлено. СДЛА 17 мм рт. ст. Показаний к проведению КТ ангиографии с контрастированием с целью исключения ТЭЛА не было.

Тогда же, при более детальном опросе выяснилось, что пациент отмечал появление болей сразу после приёма пищи (был на банкете), где выпил «большое количество алкоголя». Помимо этого, обращало на себя внимание, что за последние полгода одежда стала велика на 2 размера. Была проведена ЭГДС с биопсией. Заключение: язва малой кривизны в области кардиального отдела; Forrest III. При биопсии были выявлены низкодифференцированные клетки. С целью поиска отдалённых метастазов проводились УЗИ брюшной полости (метастазы в л/у по малой кривизне, в воротах печени, в печени не выявлены), УЗИ малого таза (метастаз Шницлера не выявлен), УЗИ мягких тканей околопупочной области (метастаз сестёр Айриш не выявлен); при пальпации области между ножек грудино-ключичной мышцы слева увеличенных л/у (метастаз Вирхова) обнаружено не было. После нескольких курсов химиотерапии пациенту была проведена проксимальная субтотальная резекция желудка. При выписке рекомендовано наблюдение онколога по месту жительства, соблюдение строгой диеты.

На протяжении последующих 7 лет состояние оставалось удовлетворительным, однако, в течение последнего месяца появились парестезии по типу перчаток и носков, отметил снижение всех видов чувствительности и аппетита, общую слабость, в связи с чем обратился в поликлинику по м/ж, откуда был госпитализирован в стационар с подозрением на транзиторную ишемическую атаку.

Анамнез жизни: хронические заболевания: Хроническая обструктивная болезнь лёгких.

Наследственность – отец умер от рака (какого не помнит) в 68 лет. Курит 1 пачку в день в течение ~20 лет. Индекс курящего человека – 20 пачка/лет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было.

Данные физикального обследования пациента: Состояние средней степени тяжести. Температура тела — 36,8°C. При осмотре кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые: бледные, склеры субиктеричны. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 188 см, вес 78 кг, индекс массы тела 22 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации дыхание жесткое, сухие хрипы над всей поверхностью лёгких. Частота дыхательных движений — 19 в минуту, SpO₂ – 97%. При осмотре прекардиальной области

патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушённые. Шумов нет. I и II тоны без изменений. Частота сердечных сокращений — 88 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление — 123/85 мм рт. ст. Язык: атрофия сосочков языка («лакированный» язык). Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова–Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову — 9x9x8 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание, со слов пациента, без особенностей.

Общий анализ крови

Лейкоциты	2,4 x 10 ⁹ /л	4,00-10,00
Эритроциты	2,09 x 10 ¹² /л	4,30-5,70
Гемоглобин	88 г/л	132-173
Гематокрит	38 %	39,0-49,0
MCV	109 fL	80,0-99,0
MCH	38 пг	27,0-34,0
MCHC	311 г/л	300-380
ЦП	1,26	0,86-1,05
Тромбоциты	170 x 10 ⁹ /л	180-320
Нейтрофилы	5,48 x 10 ⁹ /л	1,80-7,70
Лимфоциты	2,50 x 10 ⁹ /л	1,00-4,80
Моноциты	0,67 x 10 ⁹ /л	0,05-0,82
Эозинофилы	0,26 x 10 ⁹ /л	0,02-0,50
Базофилы	0,07 x 10 ⁹ /л	0,00-0,08
Нейтрофилы	61,0%	47,0-72,0
Палочкоядерные нейтрофилы	5%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	37%	45-72%
Лимфоциты	54 %	19,0-37,0
Моноциты	3 %	3,0-12,0
Эозинофилы	2 %	2,0-5,0
СОЭ	38 мм/час	2-20

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 6

Жалобы: Больной 58 лет предъявляет жалобы на увеличение лимфатических узлов по основным группам, участвовавшие случаи простудных заболеваний.

Анамнез заболевания: увеличение шейных лимфатических узлов заметил примерно год назад. Постепенно лимфоузлы увеличивались в размерах, появилось увеличение лимфоузлов в других областях. За прошедший год несколько раз переболел простудными заболеваниями, хотя раньше был маловосприимчив к респираторным вирусным инфекциям.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, операций не было. Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было.

Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Контакта с инфекционными больными не имел.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела — 36,5°C. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Рост 178 см, вес 76 кг, индекс массы тела 24,0 кг/м². Онихомикоотическое поражение ногтей на ногах, и на кистях. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Отмечается увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов в виде пакетов, лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерно участвуют в дыхании. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный легочный. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Частота дыхательных движений — 17 в минуту, SpO₂ – 97%. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушённые, ритм правильный с ЧСС 88 уд/мин. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, одинаковый на обеих руках, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серовато-белым налётом. Живот живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной и глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову — 9*8*7 см., нижний край печени не выступает из-под края рёберной дуги, пальпации не доступен. Селезенка: перкуторно 16*8см, нижний полюс выступает на 4 см из-под края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание, со слов пациента, без особенностей. Отёков нет

Общий анализ крови: Эр. - 4,0x10⁹/л, Нв - 145 г/л, тромб. - 350x10⁹/л, лейкоц. - 77x10⁹/л, сегм. - 1%, лимф. - 97%, мон. - 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ - 20 мм/час.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 7

Жалобы: Больной 25 лет, студент предъявляет жалобы на небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье.

Анамнез заболевания: Вышеописанные жалобы появились вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травмы — перелом левой лучевой кости в дошкольном возрасте, операции — аппендэктомия 5 лет назад.

Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было.

Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Контакта с инфекционными больными не имел.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела — 36,7°C. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной влажности. Кожа бледная, иктеричная. Слизистые бледные, иктеричность уздечки языка. Рост 180 см, вес 78 кг, индекс массы тела 24,0 кг/м². Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Склеры иктеричны. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная

клетка правильной формы, обе её половины равномерно участвуют в дыхании. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный легочный. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Частота дыхательных движений — 18 в минуту, SpO₂ – 97%. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушённые, ритм правильный с ЧСС 88 уд/мин. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, одинаковый на обеих руках, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серовато-белым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной и глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову — 9*8*7 см., нижний край печени не выступает из-под края рёберной дуги, пальпации не доступен. Селезенка: перкуторно 16*8 см, нижний полюс выступает на 4 см из-под края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание, со слов пациента, без особенностей. Отёков нет

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

Биохимический анализ крови: Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. - 10 мкмоль/л, непр. - 50 мкмоль/л, сывороточное железо - 20 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: белок - 0,002%, реакция на гемосидерии в моче - отрицательная.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. - 2000 в 1 мл, эр. - 1000 в 1 мл.

Проба Кумбса +++.

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 8

Жалобы: больной 25 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38⁰С, кровоточивость десен, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания: Фебрильная лихорадка и боли в горле появились примерно 2 недели назад без видимых внешних причин. Начал приём амоксициллина, но без эффекта. Примерно на протяжении этого-же времени отмечает кровоточивость дёсен.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, операций не было. Аллергических реакций не было. Трансфузий компонентов донорской крови не было. Семейный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Контакта с инфекционными больными не имела.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Рост 176 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы бледные, петехиальная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей. Видимые слизистые бледные, зев гиперемирован, на миндалинах язвы, покрытые фибринозным налетом. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе её половины равномерной участвуют в дыхании. Перкуторный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 78 в 1 мин. Пульс ритмичный, 78 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и

глубокой пальпации во всех отделах. Перкуторно печень 10x9x8 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Селезенка 15x8 см., нижний её полюс на 3 см. выступает из-под края рёберной дуги, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

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

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 9

Жалобы: Больной А., 37 лет, предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

Анамнез заболевания: Данные симптомы появились пол года назад. С течением времени интенсивность их нарастала. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно. Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен

Данные физикального обследования пациента: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

Клинический анализ крови

показатель	результат	норма
Гемоглобин, г/л	102	Для мужчин 130-165

Эритроциты, $10^{12}/л$	3,9	Для мужчин 4,0-5,5
Лейкоциты, $10^9/л$	6,4	4,0-9,0
палочкоядерные, %	3	1-6
сегментоядерные, %	57	45-70
Эозинофилы, %	2	0-5
Лимфоциты, %	32	17-48
Моноциты, %	6	4-10
Тромбоциты, $10^9/л$	270	130-400
СОЭ, мм/ч	11	До 17
MCV, fl	70	80-100
MCH, pg	26,1	27-32

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

Задача № 10

Жалобы: Больная 50 лет. предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки. Чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки.

Анамнез заболевания: 5 лет назад проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни ДПК. В последующем не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась. Слабость, снижение работоспособности стала отмечать примерно 2 месяца назад. Симптомы нарастали. В последние 1-2 недели появились жжение языка, парестезии, неуверенность походки.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Походка шаткая. Температура тела $36,4^{\circ}C$. Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие, секущиеся. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Рост 163см, вес 56 кг. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричные отделы лёгких. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритм правильный с ЧСС 104 в минуту. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Шум волчка на яремных венах. Пульс 104 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 110/70 мм рт. ст. Язык ярко-красный с трещинами, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. На передней брюшной стенке — послеоперационный рубец. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена, 6*4 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Анализ крови общий: Эр- $2,3 \cdot 10^{12}/л.$, Нб-82 г/л., ЦП-1,08 тромбоциты — $100 \cdot 10^9/л.$, ретикулоциты – 0,5%, MCV- 98 фл, MCH – 38 пг, MCHC – 40 г/дл
Лейк.- $2,5 \cdot 10^9/л.$, СОЭ-12 мм/ч,
Кольца Кебота и тельца Жолли.

Миелограмма: костномозговой пунктат ярко красный, много мегалобластов.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

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. 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 $<6,1$

7. 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

8. 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. $>6,0$

9. 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

10. 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 приема 75 гр. глюкозы $\geq 11,1$ ммоль/л
- Г. Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л

11. 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

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- А. Жировую инфильтрацию печени
- Б. Цирроз печени
- В. Хронический гепатит
- Г. Первичный рак печени

13. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ

- А. Почек
- Б. Коронарных
- В. Селезенки
- Г. Нижних конечностей

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 РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А. Повышение физической активности
- Б. Курение
- В. Злоупотребление жирной пищей
- Г. Гиподинамия

17. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- А. Определение гликемии, глюкозурии, кетонурии
- Б. Определение билирубина
- В. Определение холестерина
- Г. Анализ мочи общий

18. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Безболевой инфаркт миокарда
- Б. Дислипидемия
- В. Врожденные дефекты мочеполовой системы
- Г. Ожирение

19. 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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	В	А	Г	Б	Г	В	Б	А	Б
11	12	13	14	15	16	17	18	19	
А	А	Г	А	Б	А	А	В	А	

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ДОБАВЛЕНИЕ В РАЦИОН БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПИЩЕВОЙ КЛЕТЧАТКИ СПОСОБСТВУЕТ

- А. Повышению АД
- Б. Снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии
- В. Повышению холестерина
- Г. Возникновению запоров

2. 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

3. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ

- А. Внутривенным вливанием глюкозы
- Б. Употреблением алкоголя
- В. Приемом бета-блокаторов
- Г. Введением инсулина

4. 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

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

- А. Сердечные гликозиды
- Б. β -блокаторы
- В. Диуретики
- Г. Ингибиторы АПФ

6. ПРЕПАРАТАМИ, МАСКИРУЮЩИМИ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Бисопролол
- Б. Периндоприл
- В. Индопамид
- Г. Нифедипин

7. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Отсутствие эффекта от диетотерапии
- Б. Хронический пиелонефрит
- В. Ишемическая болезнь сердца
- Г. Кетоацидоз, диабетическая кетоацидотическая кома

8. АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гипергликемия
- Б. Гипогликемия
- В. Появление на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения
- Г. Гиперхолестеринемия

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

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: у 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

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 лабильное 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №3

Пациентка Н., 48 лет, домохозяйка, обратилась к терапевту по поводу подъема 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, ИМТ - 36,0 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №4

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 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 +++++. Общий холестерин - 8,02 ммоль/л, креатинин - 96,0 мкмоль/л, калий плазмы крови - 3,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №5

Пациент Л., 56 лет, рабочий, поступил в клинику по направлению терапевта.

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

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Антитела к тиреоглобулину
- Б. Антитела к микросомальной фракции
- В. Антитела к рецепторам ТТГ
- Г. Антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)

2. 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

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А. Антитела к тиреопероксидазе
- Б. Антитела к рецепторам ТТГ
- В. Антитела к тиреоглобулину
- Г. Антитела к ретробульбарной клетчатке

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА

- А. Компьютерная томография
- Б. Пункционная биопсия под контролем УЗИ
- В. Радиоизотопная сцинтиграфия
- Г. УЗИ щитовидной железы

5. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ

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

6. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ

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

7. 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

8. 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

9. ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- А. Островковым клеткам поджелудочной железы
- Б. Тиреоглобулину
- В. Рецепторам ТТГ
- Г. Тиреопероксидазе

10. ПРИ СЦИНТИГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

- А. «Горячий» узел
- Б. «Холодный» узел
- В. Неравномерное поглощение радиофармпрепарата
- Г. Отсутствие поглощения радиофармпрепарата

11. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

- А. Неравномерная плотность
- Б. Гладкая эластическая консистенция
- В. Каменистая плотность
- Г. Болезненность

12. НА МЕТАСТАЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ УКАЗЫВАЕТ

- А. Увеличение уровня антител к тиреопероксидазе
- Б. Субфебрильная температура
- В. Увеличение уровня тиреоглобулина
- Г. Увеличение уровня ТТГ

13. СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А. Кисте щитовидной железы больших размеров
- Б. Аутоиммунном тиреоидите
- В. Многоузловом зобе
- Г. Диффузном зобе

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В	Г	А	Б	А	В	А	Г	Г	В
11	12	13							
А	В	В							

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Тиреокомб
- Б. Тиреотом
- В. Тиреоидин
- Г. Тироксин

2. ЛЕВОТИРОКСИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ

- А. Лечения гипотиреоза
- Б. Профилактики гипотиреоза
- В. Профилактики узлообразования в щитовидной железе
- Г. Иммунокоррекции

3. МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА

- А. Антибиотикотерапия
- Б. Хирургическое лечение
- В. Лечение глюкокортикоидами
- Г. Лечение пропилтиоурацилом

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

- А. 10 мг
- Б. 20 мг
- В. 30-40 мг
- Г. 15 мг

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЮТСЯ

- А. Глюкокортикоиды
- Б. Препараты йода
- В. Витамины
- Г. Анаболики

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5
Г	А	В	В	Б

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

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. ИМТ - 19,0 кг/м². 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №2

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. ИМТ - 34,6 кг/м². 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.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №3

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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №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. 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: общий холестерин - 6,8 ммоль/л, общий белок - 68,0 г/л, креатинин - 96,0 мкмоль/л. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 60 в минуту; признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №5

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 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.

Общий анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - 2,9 Г/л, ц.п. - 0,9, лейкоциты - 5,2 Г/л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 28%, моноциты - 3%, СОЭ - 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин не прямой - 12,5 мкмоль/л, прямого нет, общий белок - 70,0 г/л, креатинин - 89,0 мкмоль/л, общий холестерин - 6,2 ммоль/л, сывороточное железо - 15,0 мкмоль/л. ФЭГДС, рентгенография грудной клетки, УЗИ печени, поджелудочной железы, почек, ректороманоскопия, ЭхоКГ, консультация 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Перечислите основные вопросы санитарно-гигиенического просвещения при данном заболевании (ОПК- 8.3).

ЗАДАЧА №6

Пациентка П., 28 лет, медсестра, обратилась на прием к эндокринологу.

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. ИМТ - 19,4 кг/м². Суетливость, нерациональные движения, многословность, быстрая речь, дрожание пальцев рук. Кожные покровы влажные, горячие. Щитовидная железа диффузно увеличена до 2 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.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №7

Пациентка М., 42 лет, швея, обратилась к эндокринологу.

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°C. 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.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №8

Пациентка О., 48 лет, домохозяйка, обратилась на прием к участковому терапевту.

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, вес - 70 кг. ИМТ - 25,5 кг/м². Кожа обычной окраски, сухая. Щитовидная железа диффузно увеличена до 2 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.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №9

Пациентка И., 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 последний месяц снижение массы тела на 10 кг.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 160 см, вес - 50 кг. ИМТ - 19,5 кг/м². В области правой доли щитовидной железы пальпируется узел до 3 см в диаметре. Щитовидная железа безболезненная, смещаемая. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный.

АД - 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, тахикардия. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

УЗИ щитовидной железы: в щитовидной железе выявлен узел 2х3 см.

При сканировании: в месте определяемого узла отмечается участок повышенного накопления радиофармпрепарата. Остальная ткань щитовидной железы РФП не накапливает.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).

3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ОЖИРЕНИЕ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

- А. Снижение уровня 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. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ

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

5. ОЖИРЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ВЫРАЖЕННОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

- А. Андроидное
- Б. Гиноидное
- В. Смешанное
- Г. Эндокринное

6. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ

- А. 90 см
- Б. 94 см
- В. 100 см
- Г. 104 см

7. НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- А. Атеросклероз
- Б. Сахарный диабет 2 типа
- В. Ожирение
- Г. Язвенная болезнь 12 п.к-ки

8. ОЖИРЕНИЕ – ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

- А. Сахарный диабет 2 типа
- Б. Гипертоническая болезнь
- В. Дислипидемия
- Г. Хронический гастрит

9. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- А. Абдоминальное ожирение
- Б. Артериальная гипертония
- В. Дислипидемия
- Г. Сахарный диабет 2 типа

10. СИНДРОМ ПИКВИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. Ожирением 1 степени
- Б. Морбидным ожирением
- В. Анемией
- Г. Гипокапнией

11. ОЖИРЕНИЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. Болезни Иценко-Кушинга
- Б. Гипогонадизме
- В. Гипотиреозе
- Г. Гипокортицизме

12. 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

13. ИМТ 36,8 кг/м² СООТВЕТСТВУЕТ

- А. Избыточной массе тела
- Б. Ожирению 1 степени
- В. Ожирению 2 степени
- Г. Ожирению 3 степени

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Г	Г	А	В	А	Б	Г	Г	А	Б
11	12	13							
Г	Г	В							

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

- А. Орлистат
- Б. Редуксин
- В. Метформин
- Г. Метформин лонг

2. ПРЕПЯТСТВУЕТ ВСАСЫВАНИЮ ЖИРА

- А. Орлистат
- Б. Сибутрамин
- В. Метформин
- Г. Статин

3. БЛОКИРУЕТ ОБРАТНЫЙ ЗАХВАТ СЕРОТОНИНА

- А. Метформин
- Б. Сибутрамин
- В. Диуретик
- Г. Орлистат

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

- А. 5-10%
- Б. 25%
- В. 50%
- Г. 30%

5. 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

6. ЭФФЕКТЫ МЕТФОРМИНА, КРОМЕ

- А. Снижает инсулинорезистентность
- Б. Снижает печеночный глюконеогенез
- В. Снижает всасывание глюкозы в кишечнике
- Г. Повышает аппетит

7. ЕСЛИ МАССА ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СИБУТРАМИНОМ СНИЗИЛАСЬ МЕНЕЕ ЧЕМ НА 2 КГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УВЕЛИЧИТЬ ДОЗУ

- А. До 15 мг в сутки
- Б. До 20 мг в сутки
- В. Отменить препарат
- Г. До 30 мг в сутки

8. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ОТМЕНЯЮТ ПРИЕМ СИБУТРАМИНА

- А. При повышении АД более чем на 10 мм рт.ст.
- Б. При снижении АД более чем на 10 мм рт.ст.
- В. При урежении пульса более чем на 10 ударов в минуту
- Г. Никогда не отменяют

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. 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 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. В 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: общий 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите основные критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

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 удара 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите основные критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

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).

Рентгенограмма черепа в боковой проекции: турецкое седло четко контурировано и не увеличено. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите основные критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите основные критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Оставьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите основные критерии эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ «ГИПОТАЛАМУС-ГИПОФИЗ-НАДПОЧЕЧНИКИ»

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО- КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

А. Нейроинфекция

- Б. Опухоль гипофиза
- В. Опухоль надпочечника
- Г. Опухоль легкого

2. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Пролактинома
- Б. Кортикостерома
- В. Базофильная аденома гипофиза
- Г. Опухоль яичников

3. 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

4. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. Полиурией
- Б. Гипергликемией
- В. Гипоосмолярностью плазмы
- Г. Артериальной гипотонией

5. ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Снижение объема мочи
- Б. Снижение удельного веса мочи
- В. Бактериурия
- Г. Повышение удельного веса мочи

6. СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПОДАВЛЯЕТ

- А. Эстрогены
- Б. Серотонин
- В. Соматостатин
- Г. Соматомедины

7. 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

8. ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ
АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА

- А. Бессимптомным течением
- Б. Внезапным молниеносным течением
- В. Постепенным нарастанием симптоматики

Г. Наличием латентного периода

9. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. Содержания адреналина и норадреналина в суточной моче
- Б. Содержания альдостерона
- В. Содержание дегидроэпиандростерона
- Г. Содержание кортизола

10. ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОДУЦИРУЕТ

- А. Кортизол
- Б. Эстрон и эстрадиол
- В. Адреналин, норадреналин и дофамин
- Г. Тестостерон

11. ФЕОХРОМОЦИТОМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

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

12. СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ МЕТАНЕФРИНОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А. Феохромоцитому
- Б. Болезнь Аддисона
- В. Гиперальдостеронизм
- Г. Гиперкортицизм

13. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Феохромофитома
- Б. Сахарный диабет
- В. Болезнь Иценко-Кушинга
- Г. Аутоиммунное поражение надпочечников

14. 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

15. КРИЗ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. Возбуждением, гипертермией, гиперреактивностью, тремором
- Б. Гипертермией, эйфорией, гиперемией
- В. Сопором
- Г. Возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов

16. ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А. Оперативном удалении опухоли
- Б. Химиотерапии
- В. Консервативном лечении кризов
- Г. Наблюдении эндокринолога

17. СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НЕ ИМЕЮЩЕЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. Аденома
- Б. Активная опухоль
- В. Инциденталомы
- Г. Невринома

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. 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

2. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Злокачественная опухоль
- Б. Микроаденома
- В. Отсутствие эффекта от лучевой терапии
- Г. Артериальная гипертензия

3. У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ ПОКАЗАНО

- А. Хирургическое лечение
- Б. Лучевая терапия
- В. Парлодел
- Г. Сочетанная лучевая и медикаментозная терапия

4. НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ АКРОМЕГАЛИИ МОЖЕТ КОРРЕГИРОВАТЬСЯ

- А. Специфической терапией основного заболевания
- Б. Диетой с пониженным содержанием углеводов
- В. Инсулинотерапией
- Г. Приемом метформина

5. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

- А. Облучение межучточно-гипофизарной области

- Б. Хирургическая аденомэктомия
- В. Удаление надпочечников
- Г. Аутотрансплантация коры надпочечников

6. РЕМИССИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

- А. 1-2 месяца
- Б. 3-4 месяца
- В. Более, чем через 1 год
- Г. 7-8 месяцев

7. ЛЕЧЕНИЕ СТЕРОИДНОГО ДИАБЕТА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

- А. Специфическая терапия основного заболевания
- Б. Гликлазид МВ
- В. Метформин
- Г. Инсулинотерапия

8. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КУПИРУЕТСЯ

- А. Нитратами
- Б. Ингибиторами АПФ
- В. Блокаторами кальциевых каналов
- Г. Альфа-адреноблокаторами

9. ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А. Оперативном удалении опухоли
- Б. Химиотерапии
- В. Консервативном лечении кризов
- Г. Наблюдении эндокринолога

10. К ПРЕПАРАТАМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСИТСЯ

- А. Дексаметазон
- Б. Пропранолол
- В. Доксазозин
- Г. Спиринолактон

11. ПРИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А. Заместительную терапию глюко- и минералкортикоидами
- Б. Спиринолактон
- В. Анаболические стероиды
- Г. Адреналин

12. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- А. Воспалительные заболевания кожи

- Б. Коллагенозы
- В. Метаболический синдром
- Г. Ревматизм

13. ОБЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, КРОМЕ

- А. Гипотония
- Б. Остеопороз
- В. Психические расстройства
- Г. Замедляют процессы регенерации

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Пациентка С., 43 года, мед.сестра, направлена на прием к участковому терапевту.

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. ИМТ - 42,9 кг/м². 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).

5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №2

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

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

Из анамнеза: снижение веса 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. Рост – 164 см, вес – 58 кг. ИМТ - 21,6 кг/м². 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 – 70,0 г/л, билирубин непрямоy - 12 ммоль/л, прямого нет, калий - 5,4 ммоль/л, креатинин – 98,0 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек: патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №3

Пациент К., 40 лет, программист, предъявляет жалобы на головные боли, выраженную слабость, тошноту, рвоту, потемнение кожных покровов, потерю веса на 5 кг за последний год, ухудшение зрения, нарушение обоняния.

Из анамнеза: три года назад по поводу тяжелого течения болезни Иценко – Кушинга выполнена двусторонняя адреналэктомия. С тех пор находился на заместительной терапии преднизолоном 10 мг в сутки, кортинеффом 0,1 мг.

При объективном осмотре: общее состояние тяжелое. Рост - 178 см, вес - 60 кг. ИМТ – 19,4кг/м². Отмечается выраженная гиперпигментация кожи и слизистых. ЧСС - 96 в 1 мин, АД - 70/40 мм рт.ст. В легких хрипов не определяется. Печень не увеличена. Живот при пальпации болезнен во всех отделах.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).

3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

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 полугода - 4 раза. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Семейный анамнез не отягощен. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Появление приступов связывает со стрессовой ситуацией. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление - 110/70 мм рт.ст.

При осмотре: Рост - 168 см, вес - 70 кг, ИМТ - 24,8 кг/м². 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

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. Рост - 168 см, вес - 60 кг, ИМТ - 21,4 кг/м². 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. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

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. Рост - 163 см, вес - 50 кг, ИМТ – 18,8 кг/м². Отмечается темная пигментация участков кожи, участки пигментации на слизистой полости рта. Щитовидная железа не увеличена, 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: общий холестерин - 5,6 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, билирубин не прямой – 12,0 ммоль/л, прямого нет, калий - 5,4 ммоль/л, креатинин – 98,0 мкмоль/л. При УЗИ печени, поджелудочной железы, почек патологии не выявлено. При ФЭГДС – поверхностный гастрит.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №7

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. УЗИ надпочечников: образование левого надпочечника.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА №8

Пациент П., 30 лет, не работает, обратился на прием к эндокринологу.

Жалобы: на сильную слабость, быструю физическую утомляемость, потемнение кожи, потерю аппетита, тошноту, рвоту, поносы.

Из анамнеза: считает себя больным 2 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы и постепенно стали нарастать. Заболевание неуклонно прогрессирует.

При осмотре: больной истощен, апатичен. Тургор кожи снижен. Рост - 178 см, вес - 65 кг, ИМТ - 20,9 кг/м². Пигментация выражена на открытых участках кожи, на участках, подвергающихся трению. Пигментные пятна на слизистой щек и языке. Пульс - 74 уд./мин., артериальное давление - 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В общем анализе крови: анемия, умеренная нейтропения, лимфоцитоз, гипохлоремия, гиперкалиемия, гипогликемия. Повышено содержание в плазме крови АКТГ, снижен уровень кортизола.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

КЛИМАКТЕРИЙ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ БОЛЕЗНИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. СОДЕРЖАНИЕ АНДРОГЕНОВ В КРОВИ ОТРАЖАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ

- А. Свободного тестостерона
- Б. Андростендиона
- В. Общего тестостерона
- Г. Прогестерона

2. В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНО ПОВЫШЕН

- А. Прогестерон
- Б. Эстрадиол
- В. Тестостерон
- Г. Пролактин

3. ЛЮТЕИНОВАЯ ФАЗА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. Ростом и развитием фолликулов
- Б. Секрецией прогестерона
- В. Низкой базальной температурой
- Г. Секрецией эстрогенов

4. 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

5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

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

6. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Синдром Тернера
- Б. Синдром Калмана
- В. Дисгенезия гонад
- Г. Синдром поликистозных яичников

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК- 5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. 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

2. ДЕЙСТВИЕ АНДРОГЕНОВ НА УРОВНЕ РЕЦЕПТОРОВ БЛОКИРУЕТ

- А. Преднизолон

- Б. Спиронолактон
- В. Эстрогены
- Г. 5-альфа-редуктаза

3. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А. Клостилбегит
- Б. Гормон роста
- В. Тироксин
- Г. Фемоден

4. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

- А. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты
- Б. Использование андрогенов
- В. Диагностическое выскабливание слизистой матки и шеечного канала
- Г. Введение кровоостанавливающих и сокращающих матку препаратов

5. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Витаминотерапия
- Б. Гормонотерапия
- В. Физиотерапия и ЛФК
- Г. Противовоспалительная терапия

6. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭСТРОГЕНАМИ НАИМЕНЕЕ ВСЕГО ВЛИЯЕТ НА

- А. Снижение тонуса мышц влагалища
- Б. Депрессию
- В. Атрофический вагинит
- Г. Бессонницу

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Пациентка М., 40 лет, медсестра, 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 придерживается. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. 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. Гирсутиное 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).

Рентгенограмма черепа: в боковой проекции четко контурировано нормальных размеров турецкое седло.

УЗИ органов малого таза: патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №2

Пациентка М., 45 лет, лаборант, направлена к терапевту.

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 1-2 года на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. в течение последнего года. Менструации с 12 лет, нерегулярные до настоящего времени, задержки от 10 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. Гирсутое 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: 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).

Рентгенограмма черепа: в боковой проекции турецкое седло четко контурировано и не увеличено. УЗИ органов малого таза: патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №3

Пациентка М., 47 лет, бухгалтер, направлена диетологом к терапевту 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 14 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, задержки от 10 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.

Рентгенограмма черепа: в боковой проекции четко контурировано нормальных размеров турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

ЗАДАЧА №4

Пациентка С., 49 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 12 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 150/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, задержки от 10 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. Отеков не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2).

МОДУЛЬ: GERONTOLOGIA И GERIATRIA

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3), ПК-1 (ПК-1.1)

1. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. общая слабость
2. кашель
3. недомогание
4. высокая лихорадка

2. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АГ У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ:

1. фибромускулярной дисплазии
2. травмы почки
3. опухоли почки
4. атеросклероза

3. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сифилитический аортит
2. инфекционный эндокардит
3. врожденный порок сердца
4. острая ревматическая лихорадка

4. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. атеросклероз
2. острая ревматическая лихорадка
3. врожденный порок сердца
4. бактериальный эндокардит

5. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ПРОИСХОДИТ _____ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ:

1. снижение только у мужчин
2. повышение
3. сохранение на прежнем уровне
4. снижение

6. НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ СВОЙСТВЕННО:

1. темпоральному артерииту
2. болезни Такаюсу
3. узелковому периартерииту
4. системной красной волчанке

7. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ:

1. индекса гломерулярной фильтрации
2. пиковой скорости форсированного выдоха
3. базального ренина
4. остаточного объема легких

8. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСИТСЯ:

1. увеличение массы печени
2. повышение L1-гликопротеина
3. повышение гидролиза в печени
4. увеличение мышечной массы

9. АТИПИЧНЫЕ СИМПТОМЫ КОВИД-19 У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЮТ:

1. артрит и синовит
2. делирий и бред
3. гипотериоз и В12-дефицитную анемию
4. ишиас и люмбаго

10. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСЯТ:

1. понижение рН желудка
2. гиперактивность детрузора
3. усиление гастро-интестинального кровотока
4. уменьшение рогового слоя кожи

11. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСЯТ:

1. гипотрофия предстательной железы
2. понижение рН желудка
3. уменьшение продукции факторов свертывания крови
4. развитие близорукости

12. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСИТСЯ:

1. повышение альбумина крови
2. увеличение объема внеклеточной жидкости
3. уменьшение жира
4. увеличение объема внутриклеточной жидкости

13. К ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ СТАРЕНИИ ОТНОСИТСЯ:

1. уменьшение уровня эстрагенов у женщин
2. понижение альфа 1-гликопротеина
3. развитие близорукости
4. увеличение продукции мелатонина шишковидной железой

14. ПОЖИЛЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

1. 60-74 года
2. 75-80 лет

3. 81-89 лет
4. 90 и более лет.

15. СТАРЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

1. 60-74 года
2. 75-89 лет
3. 90-95 лет
4. 90 и более лет

16. ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ:

1. 45-59 лет
2. 60-74 года
3. 75-89 лет
4. 90 и более лет

17. ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЮЩИЙСЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:

1. уровень глюкозы в крови
2. сократительная способность миокарда
3. количество форменных элементов крови
4. синтез гормонов гипофиза

18. ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРОГРЕССИВНО ВОЗРАСТАЮЩИЙ С ВОЗРАСТОМ:

1. уровень глюкозы в крови
2. сократительная способность миокарда
3. количество форменных элементов крови
4. синтез гормонов гипофиза

19. ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЮЩИЙСЯ С ВОЗРАСТОМ:

1. онкотическое давление
2. сахар крови
3. функция половых желез
4. чувствительность органов к гормонам

20. Показатель, возрастающий с возрастом:

1. онкотическое давление
2. функция пищеварительных желез
3. функция половых желез
4. чувствительность органов к гормонам

21. С ВОЗРАСТОМ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

1. систолическое
2. диастолическое
3. пульсовое
4. среднее динамическое

22. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ С ВОЗРАСТОМ:

1. снижается
2. повышается
3. не изменяется
4. возрастает с возрастанием АД

23. ГЕРОНТОЛОГИЯ — ЭТО:

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

24. ГЕРИАТРИЯ — ЭТО:

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

25. СТАРЕНИЕ — ЭТО ПРОЦЕСС:

1. стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни
2. закономерно наступающий заключительный период возрастного развития
3. дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьшающий продолжительность жизни
4. разрушительный, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций

Контролируемые компетенции: ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2), ПК-1 (ПК-1.2)

1. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эналаприл
2. бисопролол
3. индапамид
4. верапамил

2. АДРЕНЭРГИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ (ФЕНИЛЭФРИН) МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПОЯВЛЕНИЕ:

1. тахикардии
2. головной боли
3. гипотонии
4. слюноотделения

3. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЛУЧАЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРОПУСКА ПРИЕМА В-АДРЕНОБЛОКАТОРА В БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ:

1. понижения ЧСС, повышения АД, сонливости, диспепсии
2. резких перепадов АД, аритмии, головной боли, слабости, спутанности сознания
3. повышения ЧСС, повышения АД, боли за грудиной, беспокойства
4. аритмии, понижения АД, инсомнии, тошноты

4. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЛУЧАЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРОПУСКА ПРИЕМА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ:

1. повышения аппетита
2. снижения АД
3. запоров
4. нарушения сердечного ритма

5. РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИЕМОМ:

1. Блокаторов рецепторов ангиотензина 2
2. Седативных препаратов
3. Ципрофлоксацина
4. Альфа-блокаторов

6. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ИНГИБИТОРОВ МОНОАМИНООКСИДАЗЫ ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. закрытоугольной глаукомы
2. недержания мочи
3. гиперурикемии
4. брадикардии

7. РАЗВИТИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИЕМОМ:

1. бензодиазепинов
2. НПВС
3. альфа-адреноблокаторов
4. селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

8. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛА/ТРИМЕТОПРИМА ПОВЫШЕН РИСК:

1. возникновения депрессии
2. развития гиперкалиемии
3. разрыва ахиллова сухожилия
4. развития нарушения дыхания

9. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ АБСОРБЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСЯТ:

1. выраженные изменения пассивной диффузии
2. уменьшение всасывания солей железа
3. выраженные изменения биодоступности для большинства лекарств
4. увеличение всасывания азольных противогрибковых средств

10. УХУДШЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИЕМОМ:

1. противосудорожных препаратов
2. ципрофлоксацина
3. бензодиазепинов
4. пероральных антикоагулянтов

11. РАЗВИТИЕ ДИАРЕИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИЕМОМ:

1. опиатных анальгетиков
2. препаратов кальция
3. трициклических антидепрессантов
4. блокаторов рецепторов ангиотензина 2

12. РАЗВИТИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИЕМОМ:

1. опиатных анальгетиков
2. НПВС
3. седативных препаратов
4. препаратов кальция

13. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОВЫШЕН РИСК:

1. падения и переломов, нарушения дыхания
2. ухудшения когнитивной функции, делирия
3. возникновение диареи, гиперкалиемии
4. возникновение расстройств сна, эпилепсии

14. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ИПП ПОВЫШЕН РИСК РАЗВИТИЯ:

1. *Helicobacter pylori* инфекции, ухудшения зрения
2. *Cl. Difficile* инфекции, переломов
3. диареи, тахикардии
4. запоров, брадикардии

15. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЛУЧАЕ ПРОПУСКА ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИЕМА ДИУРЕТИКОВ С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ НАРАСТАНИЕ ОТЕКОВ. Увеличения веса, а также:

1. появления хрипов в легких
2. двигательного возбуждения
3. тремора
4. диспепсии

16. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. Усиление эффектов бензодиазепинов
2. Ослабление действия опиатных анальгетиков
3. Ослабление эффектов варфарина и гепарина натрия
4. Усиление эффектов В-агонистов и антагонистов

17. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ОПИАТОВ ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. синкопальных состояний, расстройств сна, недержания мочи
2. задержки мочи, депрессии, нарушения дыхания
3. сердечной недостаточности, нарушения дыхания, тахикардии
4. брадикардии, делирия, гиперкалиемии

18. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЛУЧАЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРОПУСКА ПРИЕМА ГКС С БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ:

1. увеличения содержания мочевины, мочевой кислоты в крови
2. снижение уровня глюкозы крови
3. повышения содержания ХС в плазме крови
4. увеличения содержания калия, кальция в плазме крови

19. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ СТАТИНОВ ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. делирия

2. задержки мочи
3. закрытоугольной глаукомы
4. миалгии

20. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. синкопальных состояний, закрытоугольной глаукомы
2. подагры, гиперкалиемии
3. расстройств сна, недержания мочи
4. диареи, тахикардии

21. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ДИГОКСИНА ПОВЫШЕН РИСК:

1. падения и переломов, возникновения брадикардии
2. возникновение закрытоугольной глаукомы, диареи
3. возникновения тахикардии, запоров
4. возникновение расстройств сна, недержания мочи

22. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ТРАМАДОЛА ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. нарушения дыхания, расстройств сна
2. судорог, эпилепсии
3. недержания мочи, диареи
4. закрытоугольной глаукомы, тахикардии

23. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПОВЫШЕН РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1. задержки мочи, хронических запоров
2. диареи, брадикардии
3. нарушения дыхания, расстройств сна
4. судорог, ухудшения когнитивной функции

24. ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИЕЙ ОБЛАДАЕТ:

1. верапамил
2. бета-блокаторы
3. амиодарон
4. дилтиазем

25. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИЕМЕ ФТОРХИНОЛОНОВ ПОВЫШЕН РИСК:

1. разрыва ахиллова сухожилия
2. возникновения депрессии
3. развития гиперкалиемии
4. возникновения нарушения дыхания

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Больной Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Последний год не работает, пенсионер.
- 5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин.
- Не курит, алкоголь не употребляет.
- Семейный анамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)
6. Расскажите об особенностях фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста (ОПК-5.1, ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 2

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое,
- боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке,
- усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение,
- дискомфорт в правом подреберье,
- отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота,
- перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение,
- слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально

- Работал слесарем.
- Вредные привычки отрицает
- Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5⁰С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 180/112 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 3

Женщина 68 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

- Ноющие боли в левой половине грудной клетки продолжительностью несколько часов, без четкой связи с физической нагрузкой,
- Перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

- В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, 8 лет назад на фоне гипертонического криза перенесла транзиторную ишемическую атаку. На протяжении 3 лет относительно регулярно принимает комбинированный препарат, содержащий индапамид 2,5 мг и периндоприл 8 мг, а также розувастатин 10 мг.
- Пять лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, регулярно принимает метформин 2000 мг в сутки.
- Год назад в анализе крови отмечено повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/д
- При самоконтроле АД (по дневнику) значения АД находятся в пределах 160-170/90-100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

- Мать умерла от инсульта в 70 лет.
- Не курит, алкоголь не употребляет.
- Пенсионер, не работает, инвалид 2 группы по общему заболеванию.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 173 см (ИМТ=32,7 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы (1-2 в мин). ЧСС 78 уд./мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 4

Женщина 80 лет вызвала участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

На повышение артериального давления до 220/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, головокружением.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит в течение последних 20-30 лет. неоднократно госпитализировалась по данному поводу, проводилось обследование и лечение. Со слов больной была диагностирована гипертоническая болезнь. Принимала различные комбинации антигипертензивных препаратов с положительным эффектом. Однако, при стабилизации цифр артериального давления дальнейший прием лекарственных препаратов прекращался. Последние 2 месяца в качестве антигипертензивной терапии принимала различные настойки без эффекта. Около 14 дней артериальное давление колеблется в пределах 170-200/100 мм рт.ст.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- В настоящее время не работает, около 40 лет работала няней в детском саду.
- Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, в 2015 году был эпизод транзиторной ишемической атаки (ТИА)
- Наследственность: мать пациентки умерла от инсульта в возрасте 70 лет, отмечала повышение артериального давление. Отец погиб, однако гипертоническая болезнь была диагностирована за год до смерти.
- Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,50 м, вес 115кг, индекс массы тела 51 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не выслушиваются. Пульс 89 уд/мин, ритмичный, ЧСС 89 уд/мин, АД – 180/90 мм рт.ст. Живот при осмотре увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 5

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

- На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при минимальной физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону, часто в покое.

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи). Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувостатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купирувавшихся нитроглицерином в течение 3-5 мин., а также боли и судороги в

икроножных мышцах. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбидадинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетке возникают ежедневно, часто в покое, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет.
- Наследственность: сведений нет
- Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.
- Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост 162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м². Т тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аускультации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Ослабление пульсации на артериях тыла стопы, подколенных артериях на обеих нижних конечностях. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 6

Больной К. 67 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства

Жалобы

Жалобы на слабость, прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъеме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.

Анамнез заболевания

Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент отрицает. Утверждает, что кроме сахарного диабета, который диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного медицинского осмотра, ничего не беспокоит. Состоит на учете у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки. Одновременно с верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг, который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно похудел, регулярно принимает аторвастатин 40 мг в сутки. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоактивный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ 27,78 кг/м², объем талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 7

Пациент в возрасте 76 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы на:

- выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2х этажей, ходьба менее 100 метров);
- постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;
- чувство дискомфорта в груди при дыхании;
- повышение АД до 190/110 мм рт. ст.;
- отеки нижних конечностей до средней трети голени.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 5 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке.

Ухудшение самочувствия отмечает около 3-х дней назад, после переохлаждения.

Анамнез жизни

Пенсионер. Работал сварщиком на электрохимическом заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Хроническая болезнь почек стадия 2. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит около 2х лет. В прошлом, курил по 16 сигарет в день на протяжении 35 лет (ИК=28). Принимает Амлодипин 5 мг вечером, Эналаприл 10 мг утром и вечером.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO₂ 91%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела – 68 кг, рост – 170 см, ИМТ – 23,5 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний.

Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Пастозность голеней и стоп.

Стул, мочеиспускание без особенностей.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 8

Пациент Л. 67 лет госпитализирован в стационар.

Жалобы

- боли в горле при глотании, осиплость голоса;
- сильный кашель, сопровождающийся болями в груди;
- ночную потливость, общую слабость, повышение температуры тела до 37,9°C;
- головную боль, наиболее выраженную в теменной области;
- периодически возникающие боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х недель, когда после работы почувствовал сильную слабость, температура тела составила 38,7°C. Через два дня появился кашель со скудной вязкой мокротой слизистого характера. В течение нескольких дней кашель приобрел упорный, мучительный характер, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, был выставлен диагноз ОРЗ и назначено лечение: ингавирин 1 капсула (90 мг) 1 раз в сутки, полоскание горла раствором фурациллина, ингаляции лазолвана 3 раза в день. Лечение соблюдал в полном объеме, однако, в связи с отсутствием улучшения состояния в течение недели, обратился за консультацией к врачу-терапевту в частной клинике, где была проведена рентгенография органов грудной клетки и назначена терапия амоксициклавом 875/125 мг 2 раза в день. На фоне терапии отмечалось постепенное ухудшение самочувствия в течение недели в виде появления одышки при физической нагрузке, нарастания общей слабости, потливости, болей в мышцах и суставах, упорного кашля с выделением вязкой мокроты слизистого характера. Госпитализирован для лечения в стационар по месту жительства.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, правосторонняя нижнедолевая пневмония в возрасте 29 лет.
- Стаж курения 22 года по пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.
- Аллергические реакции отрицает.
- Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SpO₂=94%. В сознании, контактен, адекватен. Телосложение нормостеническое. Рост 179 см. Вес 80 кг. ИМТ 24,97 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Слева в области нижнего угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД: 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 89 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).

2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

ЗАДАЧА № 9

Женщина, 69 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу).

Жалобы

Повышение АД до 170/90 мм рт. ст., головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.

В последнее время отмечает нарушение зрения.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние её оставалось стабильным. Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут). Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.

Анамнез жизни

У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг.

Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

Объективный статус

Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, ИМТ – 32,9 кг/м², окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на aa. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.

Был проведён скрининг на синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха» - 2 балла.

Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.

Самостоятельно обратилась офтальмологу: выставлен диагноз Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)
6. Оцените результат опросника «Возраст не помеха» (ОПК-4.2, ПК-1.1).

ЗАДАЧА № 10

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 66 лет.

Жалобы

на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

Анамнез заболевания

- Страдает артериальной гипертонией в течение 5 лет
- перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- пенсионерка

- В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг
- 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг
- Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад
- Беременности – 4, роды – 2.
- Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки.
- Аллергоanamнез: неотягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м², t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Глюкоза плазмы 9,2 ммоль/л. Гликированный гемоглобин (HbA1c) 9,1%.

Задание:

1. Назовите основные симптомы (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Составьте план обследования больного (ОПК-4.2, ПК-1.1).
3. Установите диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
4. Составьте план лечения больного (ОПК-5.1, ПК-1.2).
5. Назовите критерии для оценки эффективности лечения (ОПК-5.2, ПК-1.2)

МОДУЛЬ: РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-6.1, ОПК-6.2, ОПК-6.3, ПК-1.3

1. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПОКАЗАНЫ ЗАНЯТИЯ

- А. Бегом
- Б. Велосипедным спортом
- В. Волейболом
- Г. Плаванием

2. В ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКЕ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ УПРАЖНЕНИЯ

- А. На тренировку равновесия
- Б. С максимальной амплитудой в шейном отделе позвоночника
- В. Статического напряжения мышц шеи и головы
- Г. На координацию движений

3. К ПРИЕМАМ МАССАЖА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ (ПРИ ГИПЕРТОНУСЕ МЫШЦ И ИХ БОЛЕЗНЕННОСТИ) ОТНОСЯТ ПОГЛАЖИВАНИЕ, РАСТИРАНИЕ И

- А. Активное разминание
- Б. Прерывистая вибрация
- В. Выжимание
- Г. Непрерывистую вибрацию

4. В ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКЕ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ УПРАЖНЕНИЯ

- А. На координацию движений
- Б. Статического напряжения мышц шеи и головы
- В. С максимальной амплитудой в шейном отделе позвоночника
- Г. На тренировку равновесия

5. ЗАДАЧИ ЛФК ПРИ БОЛЕЗНЯХ СУСТАВОВ ИСКЛЮЧАЮТ

- А. Противодействие развитию тугоподвижности сустава
- Б. Повышение работоспособности больного
- В. Снятие болей в покое
- Г. Улучшение кровообращения и питания сустава

6. У БОЛЬНЫХ АРТРИТАМИ И АРТРОЗАМИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ИСКЛЮЧАЕТ

- А. Гимнастику в бассейне
- Б. Лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств
- В. Волейбол
- Г. Ходьбу

7. К ОРТЕЗАМ ОТНОСЯТСЯ

- А. Функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, тutoryы, бандажи, пояса и т.д.)
- Б. Средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки)
- В. Давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей
- Г. Циркулярные (сплошные) повязки, применяемые для иммобилизации конечности и туловища при переломах

8. В ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКЕ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПРИ ЗАТУХАЮЩЕМ ОБОСТРЕНИИ НЕ ВКЛЮЧАЮТ

- А. Упражнения на растяжение позвоночника и статические напряжения мышц спины и живота
- Б. Динамические упражнения в поясничном отделе с максимальной амплитудой и упражнения с гантелями
- В. Упражнения на расслабление мышц
- Г. Статические напряжения мышц спины и живота

9. БОЛЬНЫМ СО СРЕДИННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ТРАКЦИЯ

- А. Со сгибанием в поясничном отделе
- Б. На разгибание
- В. В строго вертикальном положении
- Г. В горизонтальном положении

10. В ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКЕ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СИНДРОМОМ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ УПРАЖНЕНИЯ

- А. На расслабление мышц рук и плечевого пояса
- Б. На гребном тренажере
- В. С гантелями весом до 1 кг
- Г. На тренировку равновесия

11. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 30 ДНЕЙ НАЗАД, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А. грязелечение на воротниковую область
- Б. ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника
- В. общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л
- Г. «суховоздушные» радоновые ванны

12. БОЛЬНЫМ СТАРШЕ 80 ЛЕТ, С ИБС, АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТ., ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А. общие скипидарные ванны, ультрафонофорез гидрокортизона
- Б. пелоидотерапию температурой 38-40°C, ПеМП на затылочную область
- В. общие радоновые ванны, лазерную терапию на область сердца
- Г. «сухие» углекислые ванны, магнитолазеротерапию воротниковой области

13. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С

- А. выявленной отягощенной наследственностью
- Б. высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском
- В. суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском менее 1%
- Г. суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском от 1% до 5%

14. БОЛЬНОМУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А. велотренировки
- Б. магнитолазеротерапию на воротниковую область
- В. контрастные ванны
- Г. скипидарные ванны

15. ПРИ ПНЕВМОНИИ НА РАСШИРЕННОМ ПАСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ ПОКАЗАНО:

- А. электрофорез;
- Б. электростимуляция;
- В. душ Шарко;
- Г. криотерапия;
- Д. бальнеотерапия;

16. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИ ОДЫШКЕ 20-40 ДД. В МИНУТУ:

- А. К занятиям ЛФК;
- Б. К массажу;
- В. К физической реабилитации;
- Г. К беговым тренировкам;
- Д. Ко всему вышеперечисленному;

17. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А. гипостатической пневмонии и острого инфаркта миокарда
- Б. кровотечения
- В. высокой температуры тела
- Г. метастазирующих опухолей

18. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПОКОЙ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А. к тахикардии
- Б. к артериальной гипертензии
- В. к тромбэмболическим осложнениям
- Г. к развитию коронарных коллатералей

Д. снижению систолического объема крови

19. РАННЯЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СНИЗИЛА КОЛИЧЕСТВО

- А. нарушений ритма сердца
- Б. сердечного шока
- В. недостаточности кровообращения
- Г. тромбоэмболических осложнений
- Д. разрыва сердечных хорд

20. РЕАБИЛИТАЦИЮ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- А. с первых суток от возникновения инфаркта
- Б. с первой недели от возникновения инфаркта
- В. с третьей недели от возникновения инфаркта
- Г. с четвертой недели от возникновения инфаркта
- Д. с шестой недели от возникновения инфаркта

21. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

- А. редкие приступы стенокардии
- Б. частые приступы стенокардии
- В. возраст старше 60 лет
- Г. гипертоническая болезнь II стадии
- Д. острый инфаркт миокарда

22. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ, КРОМЕ

- А. больничного
- Б. свободного режима
- В. послебольничного
- Г. поддерживающего

23. ЗАДАЧИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА БОЛЬНИЧНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЮТ

- А. предупреждение осложнений постельного режима
- Б. улучшения периферического кровообращения и дыхания
- В. подготовку к вставанию и ходьбе, обучению ходьбе по лестнице
- Г. подготовку к самообслуживанию
- Д. все перечисленное

24. ЗАДАЧИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ПОСЛЕБОЛЬНИЧНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ

- А. неограниченную ходьбу по лестнице
- Б. тренировку кардиореспираторной системы
- В. восстановление трудоспособности
- Г. повышение толерантности к физической нагрузке

25. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А. хронических гастритов и язвенной болезни желудка
- Б. хронических колитов

- В. спланхноптоза
- Г. хронического холецистита и дискинезии желчевыводящих путей
- Д. панкреатита

26. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНЫ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ОСТРЫХ БОЛЕЙ

- А. в 1-й день
- Б. на 2-5-й день
- В. на 6-8-й день
- Г. на 9-12-й день

27. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ВКЛЮЧАЮТ

- А. дыхательные упражнения (грудное дыхание)
- Б. упражнения для мышц рук и ног
- В. упражнения с выраженным усилением мышц живота
- Г. бег на месте
- Д. правильно а) и б)

28. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛФК БОЛЬНЫМ С АРТРИТАМИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ

- А. тендовагинита
- Б. бурсита
- В. неврита
- Г. миозита
- Д. всего перечисленного

29. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ АРТРИТА ВКЛЮЧАЮТ

- А. простые динамические упражнения в здоровых суставах
- Б. дыхательные упражнения
- В. упражнения на расслабление мышц, лечение положением
- Г. статические напряжения мышц здоровых конечностей
- Д. все перечисленное

30. МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- А. динамические упражнения для позвоночника
- Б. использование исходных положений стоя, сидя верхом на скамье, на четвереньках, лежа
- В. упражнения в компенсаторном развитии подвижности позвоночника в непораженных участках
- Г. упражнения в развитии полного дыхания
- Д. все перечисленное

31. ЗАДАЧИ ЛФК ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ

- А. вытяжение позвоночника
- Б. стимуляцию функции внутренних органов
- В. осевую нагрузку на позвоночник
- Г. реклинацию
- Д. профилактику трофических нарушений

32. МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А. дыхательных упражнений
- Б. общеразвивающих упражнений для мелких и средних мышечных групп лежа на спине
- В. приподнимания таза с опорой на лопатки и стопы
- Г. исходное положение - лежа на спине
- Д. исходное положение - лежа на животе

33. МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А. максимального сгибания позвоночника вперед из положения лежа на спине
- Б. изометрического напряжения мышц спины и брюшного пресса лежа на спине
- В. активных упражнений для ног без отрыва от плоскости кровати и с отрывом
- Г. создания гиперэкстензионной позы для позвоночника лежа на спине

34. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- А. укладывание больного на жесткой постели
- Б. приподнятое на 40-60 см положение головного конца кровати
- В. вытяжение позвоночника
- Г. укладывание больного на кровать с приподнятым на 30 см ножным концом
- Д. правильно А. и В.

35. ПРОТИВПОКАЗАНИЯМИ К ЛФК ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. острый болевой синдром
- Б. боли при физической нагрузке
- В. спондилолистез (нестабильность позвоночного сегмента)
- Г. грыжа диска
- Д. правильно А. и В.

36. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЮТ

- А. разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение
- Б. лечебную гимнастику
- В. массаж спины
- Г. бальнео-физиотерапию
- Д. все перечисленное

37. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ - ЭТО СИСТЕМА И ПРОЦЕСС ПОЛНОГО _____ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- А. восстановления способности инвалида к бытовой, общественной и профессиональной
- Б. или частичного восстановления способности инвалида к бытовой, общественной и профессиональной
- В. или частичного восстановления способности инвалида к бытовой и общественной
- Д. восстановления способности инвалида к бытовой

38. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

- А. санаторно - курортными учреждениями
- Б. отделениями медицинской профилактики

В. бюро медико – социальной экспертизы

Д. отделениями реабилитации

39. ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ:

А. степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих затратах

Б. улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий

В. строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

Г. степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

40. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

А. реабилитация больного, перенесшего острое заболевание с длительной нетрудоспособностью

Б. предотвращение ухудшения течения заболеваний, возможных осложнений после того, как болезнь проявилась

В. выявление факторов риска, предупреждение возникновения болезни и устранение ее причин

Г. выявление заболевания на ранних стадиях и на предупреждение его прогрессирования, а также возможных осложнений

41. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ПОДХОД

А. кадрово-финансовый

Б. социологический

В. системный управленческий

Г. статистический

42. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

А. ЗАМЕСТИТЕЛЕМ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ

Б. заведующим отделением

В. главным врачом

Г. председателем врачебной комиссии

43. СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ, ОЦЕНИВАЕТСЯ В ПРОЦЕНТАХ И УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ДИАПАЗОНЕ ОТ 10 ДО 100 С ШАГОМ В (ПРОЦЕНТАХ)

А. 15

Б. 5

В. 10

Г. 20

44. ОБЪЕКТОМ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

А. только сам паллиативный пациент

Б. адекватное обезболивание и купирование тягостных симптомов у паллиативного пациента

В. паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти и в период горевания

Г. паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти

45. ВЫЯВЛЯЮТ _____ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

А. 2

Б. 3

В. 5

Г. 4

46. 2 СТЕПЕНЬ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА-ЭТО УМЕРЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ ОТ ___ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

1. 40, 50

Б. 30,60

В. 30, 50

Г. 40, 60

47. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ

А. индивидуальной программы реабилитации инвалида

Б. программы добровольного медицинского страхования

В. полиса обязательного медицинского страхования

Г. свидетельства об инвалидности

48. МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (КОМПЛЕКСОМ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ), НАПРАВЛЕННЫМ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОННОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А. медицинская услуга

Б. медицинская помощь

В. лечение

Г. диагностика

49. ПРИЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИНВАЛИДОМ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

А. военно-врачебной

Б. судебно-медицинской

В. трудоспособности

Г. медико-социальной

50. ПОД ОБЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЧИСЛО

А. лиц, признанных инвалидами с детства на 100 инвалидов

Б. лиц, признанных инвалидами в течение года на 1000 инвалидов

В. инвалидов, как впервые признанных, так и с ранее установленной инвалидностью на 1000 населения

Г. лиц, прошедших освидетельствование на инвалидность на 1000 населения

51. в случае признание гражданина инвалидом ему выдают

А. только справку о группе инвалидности

Б. справку о группе инвалидности, индивидуальную программу реабилитации, при наличии листка временной нетрудоспособности в нем делается отметка об экспертном решении

В. выписку из протокола заседания бюро МСЭ и индивидуальную программу реабилитации

Г. справку произвольной формы и выписку о результатах прохождения МСЭ

52. ИНВАЛИДНОСТЬ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕССРОЧНО ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НЕ ПОЗДНЕЕ (В ГОДАХ)

А. 2

Б. 1

В. 4

Г. 3

53. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПСИХОЛОГИ И

А. социологи

Б. специалисты по социальной работе

В. юристы

Г. работники пенсионного фонда

54. ИНВАЛИДОМ ПРИЗНАЕТСЯ ЛИЦО, ИМЕЮЩЕЕ ___ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ

А. временное; выдачи ему листа нетрудоспособности

Б. стойкое; его социальной защиты

В. незначительное; его стационарного лечения

Г. обратимое; его санаторно-курортного лечения и реабилитации

55. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

А. диспансеризации

Б. диспансерного наблюдения

В. проведения профилактических медицинских осмотров

Г. противоэпидемической работы

56. РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

А. устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций

Б. устранение заболевания

В. устранение вредных для здоровья факторов

Г. формирование здорового образа жизни

57. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ УТВЕРЖДАЕТ

А. росздравнадзор

Б. правительство Российской Федерации

В. федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Г. пенсионный фонд Российской Федерации

58. ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

А. комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом

Б. систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий

В. реализацию профилактических мероприятий

Г. деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов

59. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА), АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, НАПРАВИВШЕЙ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

А. первые пять дней лечения

Б. весь период лечения

В. первые десять дней лечения

Г. на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно

60. НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МЗ №203Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЦЕЛЯХ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ 6 СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА, А ТАКЖЕ В ЦЕЛЯХ ОЦЕНКИ

А. уровня оказания медицинской помощи каждому обратившемуся пациенту

- Б. уровня достижения поставленных перед персоналом задач
- В. уровня оказания медицинской помощи населению разных возрастных групп
- Г. своевременности оказания медицинской помощи

61. К МЕРОПРИЯТИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

- А. занятия с психологом
- Б. обеспечение собаками-проводниками
- В. санаторно-курортное лечение
- Г. профессиональную переориентацию

62. КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ ВОЗМОЖЕН ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

- А. конкремента, размером 0,8-0,9 см, в верхней трети правого мочеточника с явлениями гидронефротической трансформации справа
- Б. острой почечной недостаточности
- В. хронического калькулезного пиелонефрита в фазе ремиссии, с нормальным функциональным состоянием почек и верхних мочевыводящих путей
- Г. терминальной стадии хронической почечной недостаточности

63. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 30 ДНЕЙ НАЗАД, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А. «суховоздушные» радоновые ванны
- Б. грязелечение на воротниковую область
- В. ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника
- Г. общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л

64. У БОЛЬНЫХ АРТРИТАМИ И АРТРОЗАМИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ИСКЛЮЧАЕТСЯ

- А. гимнастику в бассейне
- Б. лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств
- В. волейбол
- Г. ходьбу

65. У БОЛЬНЫХ АРТРИТАМИ И АРТРОЗАМИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ВКЛЮЧАЕТ

- А. динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол
- Б. изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры
- В. динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол
- Г. лечебная гимнастика с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу

66. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- А. восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
- Б. только проведение восстановительной терапии и санаторно-курортное лечение
- В. снабжение техническими средствами реабилитации и психологическую реабилитацию
- Г. санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение собаками-проводниками, специализированными автомобилями, психологическую реабилитацию

67. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 30 ДНЕЙ НАЗАД, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- А. грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику
- Б. «суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику
- В. ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику
- Г. общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику

68. ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ОРГАНАМИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИКИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ИНСТИТУТОВ) КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ НА ОСНОВАНИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- А. на время лечения
- Б. на время лечения и проезда к месту лечения и обратно
- В. на время проезда к месту лечения
- Г. на время лечения и проезда к месту лечения

69. ПРИ НЕВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ВРАЧ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- А. административную, если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача по медицинской реабилитации, о чем сделана соответствующая отметка
- Б. административную, если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка
- В. юридическая, если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача по медицинской реабилитации, о чем сделана соответствующая отметка
- Г. юридическая, если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка

70. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ (ЧЕРЕЗ 0,5 МЕСЯЦА) ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А. постепенный переход на прием подслащенного молока, сладкого компота, наваристых супов, мясных продуктов, дробное питание (5-6 раз в день)
- Б. переход на полноценную не протертую пищу с большим содержанием азотсодержащих веществ и углеводов-жареного красного мяса, кондитерских изделий, сладкого чая, манной каши, дробное питание (5-7 раз в день)
- В. парентеральное введение питательных веществ в течение 1 месяца, с последующим переходом к употреблению не протертой пищи 3 раза в день
- Г. постепенный переход от протертой к не протертой пище с резким ограничением легкоусвояемых углеводов, дробное питание (4-5 раз в день)

71. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОКАЗАНА ПРИ ___ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А. 4
- Б. 3
- В. 2
- Г. любой

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1Г	2Б	3Г	4В	5В	6В	7А	8Б	9А	10Г
11Г	12Г	13Б	14Б	15А	16Д	17А	18В	19Г	20А
21А	22Б	23Д	24А	25А	26Б	27Б	28Д	29Д	30Д
31В	32В	33А	34Д	35Д	36Д	37Б	38В	39А	40Б
41В	42Б	43В	45Г	46Г	47А	48А	49Г	50В	51Б
52В	53Б	54Б	55Б	56А	57Б	58Б	59Г	60Г	62В
63А	64В	65Г	66А	67Б	68Б	69А	70Г	71Г	

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №2

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

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, манинил, верапамил. В настоящее время беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке. В течение последнего года появилась не резко выраженная перемежающаяся хромота в левой ноге. Соблюдает диабетическую диету. Больной курит (10 сигарет в день), не употребляет алкоголь. Мать больного умерла в возрасте 62 лет от инсульта, отец в возрасте 54 лет от инфаркта миокарда.

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №4

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №5

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

ЭКГ: тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №6

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

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

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

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

Объективно: Вес - 32 кг, рост – 142 см (раньше 153 см). Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены.

Кифотическая деформация позвоночника, С-образный левосторонний сколиоз, расстояние

между 12 парой ребер и подвздошными костями 4 см. Зев чистый. Миндалины обычные. Число

дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм.

рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот

мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №7

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

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

Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез: не отягощен. Объективно:

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет.

Лимфатические узлы не увеличены. Суставы: болезненность при пальпации по ходу остистых

отростков грудного и поясничного, крестцовом отделе позвоночника, в области

илеосакральных сочленений. Зев чистый. Миндалины обычные. Число дыханий 18 в минуту.

Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 125/80 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в

минуту. Наполнения и напряжения удовлетворительного. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №8

Больной 28 лет

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

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм ртст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей. ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №9

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК -

6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №10

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №11

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №12

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №13

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. Телосложение правильное.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №14

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК -

6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №15

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №16

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирован. ИМТ 24,2 кг/м². Телосложение правильное. Кожные покровы иктеричные, телеангиоэктазии на коже груди, плеч,

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №17

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

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

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное. ИМТ 18,2 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы и видимые слизистые без патологических элементов, обычной окраски и влажности. Зев чист. Склеры белые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты удовлетворительно, мышечная сила сохранена. Костно-суставная система без грубых изменений. Молочные железы осмотрены – без особенностей. Щитовидная железа осмотрена – без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 17 в минуту. Сатурация кислорода 99%. Перкуторный звук ясный над всей поверхностью лёгких. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких. Язык влажный, умеренно обложен серым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. в эпигастрии, пилоро-дуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяется незначительная болезненность в эпигастрии. Печень 9×8×7 см не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 8×4 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул 1 раз в

сутки, оформленный. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого «отрицательный» с обеих сторон. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №18

В поликлинику обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

На повышенную утомляемость, периодически – тянущие боли в поясничной области, полиурию, головные боли

Анамнез заболевания

Около 5 лет беспокоит дискомфорт в области поясницы, было 2 эпизода пиелонефрита. 2 года назад появилась полиурия. Последний год беспокоят головные боли, при разовых измерениях артериальное давление (АД) 140-150/90-100 мм.рт.ст.

Анамнез жизни

- С трех лет воспитывалась бабушкой, жила с ней в деревне, болела редко, в основном ОРВИ.
- Наследственность: отец – пропал без вести, мать - умерла в возрасте 55 лет от терминальной почечной недостаточности неизвестной этиологии. У матери растет дочь от второго брака, 20 лет, страдает заболеванием почек, каким не знает. Бабушка по материнской линии (80 лет) – артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет 2 типа. Тетя по материнской линии (60 лет) – кисты в почках, АГ. У пациентки – сын 5 лет, УЗИ почек не делали.
- Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Поколачивание по поясничной области чувствительно с обеих сторон. Пальпируются увеличенные бугристые почки. Мочеиспускание безболезненное.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
Количество	130 мл
Цвет	Желтый
Прозрачность	Мутная
Реакция	Кислая
Удельная плотность	1010
Белок	0,2 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты	2-4 в поле зрения
Эритроциты	8-10 поле зрения

Параметр	Значение
Цилиндры	отсутствуют
Эпителий	отсутствует
Бактерии	отсутствуют
Слизь	Немного
Соли	ураты - немного

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 – 82	70
Альбумин	32 – 48	40
Мочевина	2,5 - 6,4	7,0
Креатинин мкмоль/л	53 – 115	80
Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,0
Триглицериды	0,20 - 1,70	0,8
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	15,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	250,0
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,5
рСКФ по СКД-ЕPI	83 мл/мин	

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ почек

Почки увеличены, контуры неровные. Множественные округлые анэхогенные образования (кисты) диаметром от 1 до 3 см, диффузно расположенные в кортикальном, медуллярном слоях и субкапсулярно. Кортико-медуллярная дифференциация не прослеживается. Лоханка и чашечки значительно удлинены и деформированы. Синус уплотнен. В синусе правой почки - киста 3 см в диаметре. В верхней группе чашечек левой почки 2 микролита 1 и 2 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №19

Пациентка 35 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

на

- постоянные тянущие боли в поясничной области, без четкой связи с изменением положения тела,
- общую слабость,
- быструю утомляемость,
- отсутствие аппетита,

- непостоянную тошноту,
- сухость кожи,
- кожный зуд,
- головную боль в затылочной области, давящего характера на фоне повышения артериального давления до 160 и 90 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда появился непостоянный дискомфорт в поясничной области, головная боль, периодически отмечала кратковременное изменение цвета мочи (красный). За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение самочувствия в течение последних 2-3 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания отрицает.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей нет.
- Аллергологический анамнез без особенностей.
- Наследственность отягощена: мать умерла в возрасте 42 лет (острое нарушение мозгового кровообращения, получала заместительную почечную терапию (гемодиализ).
- Беременность 2, роды 2 (в срок, без осложнений).

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 166 см вес 87кг, ИМТ 32кг/м² Кожный покров бледный, сухой. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. При перкуссии: границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 76 в мин. АД 170 и 100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в правом и левом подреберьях пальпируются объемные образования, подвижные с бугристой поверхностью, умеренно болезненные. Печень не выступает из под края правой реберной дуги. Поясничная область при осмотре - без особенностей. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон. Мочеиспускания свободные, безболезненные. Диурез (со слов пациентки) сохранен. Стул регулярный, оформленный.

Результаты обследования

Общий анализ мочи

	Результат	
Цвет	бледно-желтый	соломенный, соломенно-желтый, желтый
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Относительная плотность	1005	1015-1025 г/л
Реакция мочи	5,2	5,3 - 6,5
Белок	0,250 г/л	отсутствует (до 0,033 г/л)
Глюкоза	отсутствуют	отсутствуют (до 0,8 ммоль/л)
Кетоновые тела	отсутствуют	отсутствуют
Билирубин	отсутствует	отсутствует
Уробилиноген		менее 34 мкмоль/л
Эритроциты	7-10	м. единичные в поле зрения ж. 0-3 в поле зрения
Лейкоциты	5 -6	м.0-3 в поле зрения ж. 0-6 в поле зрения
Эпителий плоск.	2-3	0-5 в поле зрения

	Результат	
Цилиндры гиалиновые	единичные	единичные
Цилиндры зернистые	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры восковые	отсутствуют	отсутствуют
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Грибы	отсутствуют	отсутствуют
Кристаллы	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствуют	отсутствуют
Оксалаты	отсутствуют	отсутствуют

Анализ крови биохимический общетерапевтический

Показатель в исследовании	Результат	Норма
Белок общий	64	63-87 г/л
Креатинин	270	44-97 мкмоль/л – у женщин, 62-124 мкмоль/л – у мужчин
Мочевина	15	2,5-8,3 ммоль/л
Холестерин общий	5,8	3,3-5,8 ммоль/л
Глюкоза	5,1	3,3-5,5 ммоль/л
Билирубин общий	14	8,49-20,58 мкмоль/л
Аспартатаминотрансфераза (сокращенно АСТ)	38	до 42 Ед/л
Аланинаминотрансфераза (сокращенно АЛТ)	34	до 38 Ед/л
Калий	6,7	3,35-5,35 ммоль/л

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек

Правая почка: 190x98 мм. Левая почка: 202x109 мм. Эхогенность: повышена. Контуры: неровные, нечеткие. Отсутствует четкая дифференцировка между паренхимой и почечным синусом. В обеих почках лоцируется множество жидкостных образований от 40 мм до 60 мм.
ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №20

Больная 40 лет, медсестра, обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,8°C, ознобы, повышение АД до 150/100 мм рт. ст., плохо поддающееся коррекции приемом 20 мг ренитека.

Анамнез заболевания

В юности после переохлаждения эпизоды болезненного мочеиспускания с повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, лечилась фитопрепаратами (фитолизин, цистон)

В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. При УЗИ почек после родов – неполное удвоение ЧЛС правой почки. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болей в пояснице справа, сопровождавшихся лейкоцитурией и повышением температуры тела до 37,5°C, самостоятельно принимала антибиотики, фитопрепараты с положительным эффектом. На прием амоксициклава развилась крапивница. Более 5 лет отмечается повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает ренитек 20мг/сут, рабочее АД на его фоне - 130/80 мм рт. ст.).

Указанные жалобы появились 2 дня назад после посещения бассейна. Начала прием канефрона без четкого положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: Хронический бронхит
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка).
- Гинекологический анамнез: в 23 года – аднексит. Беременность – 2, роды – 1, аборт -1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Аллергоанамнез: крапивница на прием амоксициклава
- Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Рост 162 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
Количество	130мл
Цвет	Желтый
Прозрачность	Мутная
Реакция	Сл. щелочная
Удельная плотность	1008
Белок	0,15 г/л
Уробилин	отсутствует
Нитриты	положительно
Лейкоциты	сплошь в поле зрения
Эритроциты	5-6 в поле зрения
Цилиндры	лейкоцитарные
Эпителий	Клетки почечного эпителия
Бактерии	Много
Слизь	Немного
Соли	Фосфаты в небольшом

Параметр	Значение
	количестве

Общий анализ крови

Параметр	Значение	Референсные значения
Гемоглобин	120	114-140 г/л
Гематокрит	34,0	32,0-40,0%
Тромбоциты	308	206-445 тыс/мкл
Лейкоциты	9,8	4-10 тыс/мкл
Нейтрофилы	72,5	29,0-54,0
СОЭ	25	< 12 мм/ч

Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Рост *E. coli* 10⁶ КОЕ/мл, чувствительна к амоксициллину, ципрофлоксацину, левофлоксацину

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82 г/л	70
Альбумин	32 - 48 г/л	45
Мочевина	2,5 - 6,4 ммоль/л	6,3
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	110
Калий	3,4 - 5,0 ммоль/л	4,9
Натрий	135-145 ммоль/л	138
Билирубин общий	3,0 - 17,0 мкмоль/л	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0 мкмоль/л	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0 ед/л	15,0
АСТ	15,0 - 37,0 ед/л	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0 мкмоль/л	398,0
Глюкоза	3,89 – 5,83 мкмоль/л	4,6
Расчетная СКФ по СКД-ЕРІ	90-120 мл/мин	54

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ почек

Правая почка: контуры волнистые, размер 100x48 мм, толщина паренхимы 14 мм (норма 17-20 мм), эхогенность паренхимы повышена. Кортико-медуллярная дифференцировка сглажена. Неполное удвоение чашечно-лоханочной системы. Гипотония верхней группы чашечек, средняя и нижняя группы чашечек, лоханка не расширены, уплотнены. Конкрементов нет. Левая почка: контуры четкие, ровные, размер 110x50 мм, толщина паренхимы 19 мм, нормальной эхогенности. Кортико-медуллярная дифференцировка прослеживается. Чашечно-лоханочная не расширена. Конкрементов нет.

ающим нефротоксическое действие, относятся?

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №21

Больной Б., 46 лет, обратился к врачу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

на слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физической нагрузке - при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

Данные симптомы возникли полгода назад, интенсивность их постепенно нарастала. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога. В 35 лет была выявлена язвенная болезнь желудка. Рекомендованную противоязвенную терапию не принимал, боли в животе купировал эпизодическим приемом альмагеля, маалокса. От повторных исследований отказывался, ссылаясь на нехватку времени. Рекомендации по режиму питания не соблюдал. В возрасте 41 года, был экстренно госпитализирован в стационар по поводу желудочного кровотечения, по медицинским показаниям была произведена резекция желудка по Бильрот II. Первые три года после операции больной выполнял рекомендации, регулярно проходил все необходимые исследования, сдавал анализы, по назначению принимал лекарства. Однако последние годы пациент отказался от приема медикаментов, диспансеризацией пренебрегал, объясняя отсутствием болевого синдрома и времени.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, гепатит А, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает офисным служащим. Питание полноценное, нерегулярное. Вредные привычки: курил с 20 до 41 года по полпачки сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Семейный анамнез: мать здорова, у отца - язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6о С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти слоятся. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких - дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек

не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

показатель	результат	норма
Гемоглобин, г/л	76	Для мужчин 130-165
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,2	Для мужчин 4,0-5,5
Лейкоциты, $10^9/л$	6,1	4,0-9,0
палочкоядерные, %	3	1-6
сегментоядерные, %	57	45-70
Эозинофилы, %	2	0-5
Лимфоциты, %	32	17-48
Моноциты, %	6	4-10
Тромбоциты, $10^9/л$	250	130-400
СОЭ, мм/ч	12	До 17
MCV, fl	72	80-100
MCH, pg	23,75	27-32

Уровень сывороточного железа (исследование обмена железа)

Железо сыворотки крови 5,6 мкмоль/л. Норма для мужчин 10,5-28,3 мкмоль/л

Уровень витамина В12 в сыворотке крови

Витамин В12 – 650 пмоль/л (в пределах нормальных величин)

Анализ кала на скрытую кровь

результат отрицательный

Результаты инструментальных методов обследования

ЭГДС

Недостаточность кардии, слизистая желудка бледная, картина хронического поверхностного гастрита, анастомоз состоятельный

Колоноскопия

При проведении колоноскопии патология не выявлена

ЭКГ

При проведении ЭКГ патология не выявлена

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №22

Больная М., 47 лет, по профессии учитель, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На слабость, недомогание и быструю утомляемость, в последнее время; некоторую неустойчивость, сердцебиение и одышку, возникающие при быстрой ходьбе, ощущение онемения и «ползания мурашек» в конечностях, а также жжение в языке, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, чаще возникающее после приема пищи.

Анамнез заболевания

На протяжении всей жизни пациентка считала себя достаточно здоровым человеком, однако, примерно в течение последних 4-х месяцев стала отмечать постепенное появление и прогрессирование указанных выше симптомов, появление которых она не может связать ни с какой из известных ей причин. В связи с этим обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает учителем в средней школе
- Перенесенные заболевания и операции: аутоиммунный тиреодит с 25-летнего возраста, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную терапию L-тироксином, последний визит месяц тому назад (ТТГ в пределах нормальных значений, со слов больной)
- Наследственность не отягощена
- Аллергологический анамнез не отягощен
- Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см. Кожные покровы чистые, бледные с легкой желтушностью, нормальной влажности. Склеры иктеричны. Бледность конъюнктив. Периферические л/у не увеличены. Со стороны дыхательной системы без особенностей, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 105/70 мм рт. ст. Язык ярко-красный блестящий гладкий (из-за сглаженности сосочков), обложен белым налетом у корня. Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Дизурии нет. Отеков нет.

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	106,0
Лейкоциты	4,00 - 9,00	4,9
Эритроциты	4,00 - 5,70	2,9
Ретикулоциты	0,2-1,4	1
Цветовой показатель	0,85-1,0	1,09
Тромбоциты	150,0 - 320,0	138,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	130,0
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	
Инд.распр.эр-товкоэф.вар.	11,50 - 14,50	
Средний объем тромбоцита	7,40 - 10,40	
Тромбоцитокрит	0,150 - 0,400	
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	
Лимфоциты	17,0 - 48,0	
Моноциты	2,0 - 10,0	
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	
Эозинофилы	0,0 - 6,0	
Базофилы	0,0 - 1,0	
СОЭ по Панченкову	2 - 20	15

Наименование	Нормы	Результат
		макроцитоз, анизоцитоз тельца Жолли, кольца Кебота

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64,0-83,0	71,0 г/л
Альбумин	35,0-52,0	49 г/л
Глюкоза	3,3-5,5	4,1 ммоль/л
Креатинин	64-115	88,9 мкмоль/л
Азот мочевины	2,5-9,2	4,48 ммоль/л
Билирубин общий	0,00-21,00	12,0
Билирубин прямой	0,00-5,00	2,5
ЛДГ	135-214 Ед/л	147
АЛТ	До 31	32 Ед/л
АСТ	10-40	30 Ед/л
амилаза	До 100	60Ед/л
щелочная фосфатаза	До 240	59 Ед/л
Железо сыворотки	6,60-26,00	19,0 мкмоль/л
ОЖСС	45,30-77,10	42,80
ЛЖСС	20,00-62,00	23,80 мкмоль/л
Ферритин сыворотки	10,00-120,00	76,0 мкг/л

Исследование витамина В12 и фолиевой кислоты сыворотки

Цианкобаламин, фолиевая кислота		
Показатель	Результат	Референсные значения
В ₁₂ , (цианкобаламин) пг/мл	63,89	191,0-663,00
В ₉ (Фолиевая кислота), нмоль/л	37,20	7,00-39,70

Результаты инструментального обследования

Фиброгастродуоденоскопия. ЭГДС: Пищевод: слизистая оболочка розовая. Кардия смыкается. Складки обычные. Атрофия слизистой оболочки в области тела желудка. Складки не высокие, утолщены. Угол желудка не изменен. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки нормальная. Слизистая оболочка в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки нормальная. Заключение: Хронический атрофический гастрит.

Рентгенография органов грудной клетки. В легких свежих очаговых и инфильтративных образований не обнаружено. Положение диафрагмы обычное, синусы плевры свободны. Сердце и крупные сосуды не изменены. Заключение: при рентгенологическом исследовании органов грудной полости патологических изменений не обнаружено.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №23

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. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

ЗАДАЧА №24

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. Определите медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).
2. Разработайте (составьте) план реабилитационных мероприятий у пациента (ОПК - 6.1, ОПК - 6.2, ОПК - 6.3, ПК-1.3).

МОДУЛЬ: ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-8.1, ОПК-8.2, ОПК-8.3

1. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. оказание специализированной медицинской помощи
2. улучшение здоровья населения
3. наблюдение за прикрепленным контингентом
4. сохранение здоровья пациентов конкретного лечебно-профилактического учреждения

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА, НАЧИНАЯ С ___ СТАДИИ

1. 1
2. любой
3. 3
4. 2

3. ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. все жители территории
2. больные хроническими заболеваниями
3. жители в трудоспособном возрасте
4. реконвалесценты острых заболеваний

4. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН ПРИЗНАКОВ

1. стойкой утраты трудоспособности
2. онкологических заболеваний
3. несоответствия выполняемой профессиональной нагрузки и возможностей организма
4. временной утраты трудоспособности

5. СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТНОШЕНИИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА НАПРАВЛЕНА НА

1. обеспечение стандартов лечения
2. повышение приверженности пациентов к лечению
3. совершенствование системы раннего выявления лиц с высоким и очень высоким риском развития неинфекционных заболеваний
4. формирование здорового образа жизни на межведомственной основе

6. ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. динамика первичной заболеваемости
2. динамика смертности и инвалидизации
3. увеличение доли здоровых лиц в популяции
4. снижение летальности

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПОЛОЖЕНЫ

1. на базе амбулаторно-поликлинических учреждений
2. самостоятельно

3. на базе стационаров
4. на базе федеральных медицинских центров

8. ПРИОРИТЕТОМ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ С ПОЗИЦИЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. интеграция социальных детерминант в национальную систему эпиднадзора и мониторинга факторов риска и НИЗ
2. интеграция социальных детерминант в национальную систему Роспотребнадзора
3. разработка программы скрининга по основным факторам риска и НИЗ
4. интеграция социальных детерминант в работу врача общей практики

9. МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (КОМПЛЕКСОМ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ), НАПРАВЛЕННЫМ НА ПРОФИЛАКТИКУ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. медицинская услуга
2. лечение
3. медицинская помощь
4. диагностика

10. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ УСЛУГАМ, ДОСТУПНЫМ ГРАЖДАНАМ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСЯТ

1. предварительные медицинские осмотры
2. предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры
3. периодические медицинские осмотры
4. диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр, комплексное обследование в центре здоровья, вакцинацию

11. ПОРЯДКОМ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ

1. раннее выявление ХНИЗ и основных факторов риска их развития, профилактическое консультирование и определение группы диспансерного наблюдения
2. диспансерное наблюдение у врача-терапевта участкового пациентов с нарушениями липидного обмена
3. диспансерное наблюдение пациентов с низким и средним риском развития ХНИЗ
4. ежегодное проведение диспансеризации

12. УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. выявлением и коррекцией факторов риска развития заболеваний
2. устранением жалоб, дискомфорта, других нежелательных состояний здоровья
3. потенциалом здоровья, вовлечением человека в его сохранение, улучшением качества жизни
4. внедрением высоко технологичных методов профилактики заболеваний

13. НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (2013 ГОД) ВКЛЮЧАЮТ ОПИСАНИЕ

1. правовых и организационных основ профилактики ХНИЗ
2. диагностики и коррекции нарушений липидного обмена
3. диагностики и лечения метаболического синдрома
4. нового в международных системах определения суммарного риска ССЗ для использования в клинической практике

14. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИСТРИРУЕТСЯ И АНАЛИЗИРУЕТСЯ ДЛЯ

1. составления медицинской статистической отчетности на различных уровнях управления оказанием медицинской помощи, взаиморасчетов со страховыми компаниями, определения надбавок к заработной плате для лучших сотрудников
2. расчета экономического ущерба, прогноза численности популяции, проведения маркетинговых исследований, определения размера заработных плат медицинских работников
3. расчета экономического ущерба, прогноза численности популяции, проведения маркетинговых исследований, определения размера заработных плат медицинских работников
3. оценки здоровья населения, разработки профилактических мероприятий, организации деятельности систем охраны здоровья населения, планирования ресурсов
4. составления медицинской статистической отчетности на различных уровнях управления оказанием медицинской помощи, взаиморасчетов со страховыми компаниями, определения надбавок к заработной плате для лучших сотрудников

15. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. совершенствованием функционирования социальных институтов
2. потенциалом здоровья, вовлечением человека в его сохранение, улучшением качества жизни
3. подходом через здоровые условия на рабочих местах, в учебных учреждениях, в городах и поселках
4. выявлением и коррекцией факторов риска развития заболеваний

16. ПОКАЗАТЕЛЕМ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ

1. в период ее финансирования
2. сразу после ее завершения
3. длительно за счет ее перепрофилирования
4. спустя годы после ее завершения

17. СТРАТЕГИЯ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕНА НА

1. выявление и коррекцию факторов риска среди населения, формирование здорового образа жизни
2. диспансеризацию населения
3. повышение приверженности пациентов к лечению
4. профилактические осмотры целевых групп населения

18. ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. увеличение доли здоровых лиц в популяции
2. динамика первичной заболеваемости
3. динамика инвалидности
4. частота снижения острых заболеваний

19. К ОСНОВНОЙ МЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

1. борьбу с табакокурением
2. соблюдение принципов рационального питания
3. адекватную физическую нагрузку
4. профилактику стрессовых ситуаций

20. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 №3232-ФЗ К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ОТНОСЯТ:

1. приоритет профилактических мер в области здравоохранения

2. расширения показаний для лечения в круглосуточных стационарах
3. платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
4. самообеспечение граждан в случае утраты здоровья

21. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НАЗНАЧАЮТ

1. противовирусные препараты
2. иммуномодуляторы
3. вакцинацию
4. интерфероны

22. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА Д НАЗНАЧАЮТ

1. вакцинацию против вирусного гепатита В
2. вакцинацию против вирусного гепатита А
3. противовирусные препараты
4. иммуномодуляторы

23. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А НАЗНАЧАЮТ

1. противовирусные препараты
2. иммуномодуляторы
3. вакцинацию
4. интерфероны

24. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ПРИМЕНЯЮТ

1. бициллин
2. супрастин
3. цефтриаксон
4. ампициллин

25. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВОЛЮЦИОННОГО ОСТЕОПОРОЗА ОТВОДИТСЯ

1. Приему препаратов кальция с момента становления менопаузы
2. Приему жирорастворимого витамина Д
3. Употребление в пищу рыбы
4. Диете, обогащенной пре- и пробиотиками

26. БОЛЬНЫЕ ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

1. обращении с жалобами на патологию легких
2. профилактической флюорографии
3. проведении фибробронхоскопии
4. бактериоскопию мокроты

27. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ГРАЖДАН, ОТНОСЯЩИХСЯ К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ КАТЕГОРИЯМ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

1. Неинфекционных заболеваний
2. Профессиональных заболеваний
3. Массовых отравлений
4. Массовых инфекционных заболеваний

28. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19 С ВЫСОКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОВОДИТСЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ДОЗАМИ

1. Ингибиторов фактора Ха
2. Нефракционированного гепарина
3. Низкомолекулярного гепарина
4. Прямых ингибиторов тромбина

29. НА ОСНОВАНИИ СП 3.1.2.3149-13 "ПРОФИЛАКТИКА СТРЕПТОКОККОВОЙ (ГРУППЫ А) ИНФЕКЦИИ" ЗА ЛИЦАМИ, ПЕРЕБОЛЕВШИМИ СКАРЛАТИНОЙ И АНГИНОЙ, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

1. 6 месяцев
2. 1 месяца
3. 3 месяцев
4. 12 месяцев

30. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА А ОСНОВАНА НА

1. Иммунизации инактивированной вакциной
2. Пассивной иммунизации
3. Иммунизации рекомбинантной вакциной
4. Иммунизации плазменными вакциной

31. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА Е ОСНОВАНА НА

1. Контроле донорской крови
2. Активной иммунизации живой ослабленной вакциной
3. Пассивной иммунизации
4. Санитарно-гигиенических мероприятий

32. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ:

1. Определения групп здоровья и выработки рекомендаций для граждан
2. Раннего выявления профессиональной патологии
3. Оказания неотложной помощи
4. Проведения экспертизы трудоспособности

33. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Антропометрия
2. Анкетирование
3. Выполнение общего анализа крови
4. Расчет ИМТ

34. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Расчет ИМТ
2. Скрининг на раннее выявление онкологии
3. Выполнение ОАК
4. Антропометрия

35. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРОВОДИТСЯ

1. 1000 мкг витамина В12 1 раз в год

2. ежедневно по 500 мкг витамина В12
3. 1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода
4. ежемесячно по 500 мкг витамина В12

36. ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

1. SCORE
2. HAS-BLED
3. GRACE
4. CHA2DS2-VASc

37. Для профилактики железодефицита у обильно менструирующих женщин необходимо принимать препараты железа

1. после окончания менструации
2. только когда снизится уровень гемоглобина
3. только когда снижается уровень сывороточного железа
4. до и во время менструации

38. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ ПРОВОДИТСЯ

1. ежедневным введением препаратов протромбинового комплекса
2. применением препаратов активированного седьмого фактора крови
3. введением нужного количества препаратов факторов свертывания в самом начале кровотечения
4. путем регулярного введения расчетных доз препаратов факторов свертывания крови

39. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ острой ревматической лихорадки применяют

1. Цефтриаксон
2. Супрастин
3. Ампициллин

40. ЧАСТОТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

1. 2 года
2. год
3. 3 года
4. 6 месяцев

41. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ –

- 1) включает массовую пропаганду здорового образа жизни
- 2) заключается в выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска хронических неинфекционных заболеваний
- 3) обеспечивает быстрое снижение уровней коррегируемых факторов риска
- 4) огромную роль в реализации играет диспансеризация и профилактические осмотры

42. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 3 ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) врач стационара
- 2) врачи скорой помощи
- 3) участковая медицинская сестра
- 4) участковый врач

43. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ — ЭТО

- 1) категория общего понятия «образа жизни», включающего в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни
- 2) максимальная приверженность пациента к лечению, соблюдение всех предписанных врачом рекомендаций, регулярное посещение лечебно-профилактических учреждений
- 3) образ жизни, связанный с отказом от курения и употребления алкогольных напитков, занятием спортом
- 4) регулярное участие пациента в диспансерных осмотрах, забота о собственном здоровье, отказ от вредных привычек, употребление здоровой пищи

44. К ОСНОВНЫМ СТРАТЕГИЯМ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) популяционная стратегия
- 2) стратегия вторичной профилактики
- 3) стратегия первичной профилактики
- 4) стратегия повышенного риска

45. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ НИЗ ДОЛЖНО НАХОДИТЬСЯ НА УЧАСТКЕ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ?

- 1) 0
- 2) 100
- 3) 2000
- 4) 750

46. КАКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ?

- 1) краткое
- 2) по телефону
- 3) углубленное групповое
- 4) углубленное индивидуальное

47. КО ВТОРОМУ ЭТАПУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) диспансерное наблюдение
- 2) дифференцированное диагностическое обследование
- 3) коррекция факторов риска
- 4) реабилитация

48. МАКСИМАЛЬНУЮ АУДИТОРИЮ ОХВАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ

- 1) популяционная стратегия
- 2) стратегия вторичной профилактики
- 3) стратегия высокого риска

49. НАИБОЛЬШИЙ МАТЕРИАЛЬНЫЙ ВКЛАД СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИХОДИТСЯ НА

- 1) организацию скрининга заболеваний
- 2) осуществление лечения и вторичной профилактики населения
- 3) снижение распространенности факторов риска
- 4) формирование здорового образа жизни

50. ПО ОЦЕНКАМ ВОЗ ВКЛАД ОБРАЗА ЖИЗНИ В ЗДОРОВЬЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 100%
- 2) 15%
- 3) 50%
- 4) 85%

51. С КАКОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАЖДОГО ОТДЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА?

- 1) 18
- 2) 21
- 3) С рождения
- 4) после первого обращения к участковому врачу за медицинской помощью
- 5) со школьного возраста

52. С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ?

- 1) 1 раз в 2 года
- 2) 1 раз в 3 года
- 3) 1 раз в год
- 4) 2 раза в год

53. СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) Организацию массовой диспансеризации
- 2) Проведение профилактических осмотров
- 3) Пропаганду здорового жизни
- 4) Раннюю диагностику и предупреждение прогрессирования заболевания за счет коррекции факторов риска и своевременного лечения

54. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- 1) комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности
- 2) комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ
- 3) мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- 4) программа в области здравоохранения, направленная на увеличение штата туберкулезных и кожно-венерологических диспансеров РФ

55. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ?

- 1) вид медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
- 2) динамическое наблюдение, в т.ч. необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации
- 3) динамическое наблюдение в стенах лечебно-профилактического учреждения с целью оказания неотложной медицинской помощи
- 4) комплекс мер, разработанных с целью проведения медицинскими работниками профилактических и санитарно-просветительных мероприятий на дому

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	1	2	3	1	1	1	1	4
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	4	3	4	4	1	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	1	3	1	1	2	4	3	2	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	1	2	2	4	1	1	4	2	2
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	2	1	3	4	1	2	1	2	3
51	52	53	54	55					
2	2	4	2	2					

Ситуационные задачи

Задача №1

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

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).

Задача № 2

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

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД–18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-72 уд/мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при

пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №3

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

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №4

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

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №5

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №6

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №7

Больной М. 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 30 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у участкового терапевта около года «от нефрита», получал преднизолон. Последующие годы чувствовал себя хорошо, заметных отеков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 160/90 мм.рт.ст. и пастозность лица.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ-21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс-76 уд/мин, высокий. АД-140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех

отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №8

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

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

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

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №9

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

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

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

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).

4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

Задача №10

Больная А., 67 лет. В течение 5 лет состоит на учёте у терапевта по поводу язвенной болезни желудка, хронического пиелонефрита. Последнее флюорографическое обследование лёгких проходила 4 года назад. Туберкулёзный контакт отрицает. В настоящее время предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры, одышку, боли слева под лопаткой и выделение крови изо рта при кашле. Гликемию определяла 1 раз в 2 – 3 месяца. Последняя госпитализация в стационар – 5 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Периферические лимфоузлы пальпируются справа в подмышечной области до 0,6 см в диаметре /плотные, подвижные, безболезненные/. Перкуторный звук укорочен справа под лопаткой, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 в/мин., АД - 150/90 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Задание:

1. Составьте план диспансерного наблюдения (ОПК-8.1).
2. Назовите мероприятия первичной и вторичной профилактики(ОПК-8.1, ОПК-8.2).
3. Дайте рекомендации по формированию здорового образа жизни (ОПК-8.1, ОПК-8.3).
4. Дайте разъяснение больному о санитарно-гигиенических мероприятиях (ОПК-8.3).

МОДУЛЬ: МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ОПК-7.1, ОПК-7.2, ПК-1.4

1. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А дата непосредственного освидетельствования
- Б следующий день после регистрации документов в бюро
- В дата открытия больничного листа
- Г дата регистрации документов в бюро МСЭ

2. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ХРАНИТСЯ

- А в регистратуре
- Б в кабинете лечащего врача
- В у главного врача
- Г у пациента

3. По РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А 10
- Б 9
- В 8
- Г 6

4. ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ В СЛУЧАЯХ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А допускается выдача дуплета листка нетрудоспособности
- Б оформляется выписка из протокола врачебной комиссии
- В оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями
- Г оформляется дубликат листка нетрудоспособности

5. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- А гражданам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- Б при бытовой травме
- В при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем
- Г военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью

6. К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (В ДНЯХ)

- А 10
- Б 5
- В 30
- Г 15

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРЕРЫВИСТОМУ МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР)

- А консилиума врачей
- Б врача-специалиста
- В врачебной комиссии
- Г главного врача

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ

- А 40 дней
- Б 3 месяцев
- В 30 дней
- Г 2 месяцев

9. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В Т.Ч. РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

- А медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции
- Б медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)
- В медицинской статистике
- Г экспертизе временной нетрудоспособности

10. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ - ЭТО ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- А установления возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
- Б определения сроков и степени нетрудоспособности пациента

- В обеспечения качества и эффективности проводимого лечения
- Г оценки состояния здоровья пациента

11. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОРВИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- А 14 и более
- Б 4-8
- В 8-14
- Г менее 4

12. ФИНАНСОВЫМ ИСТОЧНИКОМ ДЛЯ ВЫПЛАТ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

- А Фонда социального страхования РФ
- Б Фонда занятости
- В Пенсионного фонда РФ
- Г Федерального фонда обязательного медицинского страхования

13. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА), АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, НАПРАВИВШЕЙ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- А весь период лечения
- Б первые пять дней лечения
- В первые десять дней лечения
- Г на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно

14. ВЫПЛАТУ РАБОТОДАТЕЛЕМ РАБОТНИКУ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ГАРАНТИРУЕТ

- А Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Б Конституция Российской Федерации
- В Трудовой кодекс Российской Федерации
- Г приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 года № 624н

15. ГОДЫ ЖИЗНИ С ПОПРАВКОЙ НА НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ (DALY) ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК

- А показатель, который представляет собой сумму потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности
- Б количество лет в определенном возрасте (чаще всего, при рождении), которое предстоит прожить человеку в здоровом состоянии, то есть без каких-либо серьезных проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека
- В количество прожитых дополнительных лет жизни в результате примененных мер профилактики или лечения, умноженное на показатель качества жизни больного
- Г количество лет, которое предстоит прожить новорожденным в данной стране при условии сохранения повозрастных показателей смертности

16. ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ НАПРАВИЛ ЗАПРОС, В КОТОРОМ ПРОСИТ СООБЩИТЬ О ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕГО СОТРУДНИКА, ТО МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

- А сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней
- Б игнорирует данный запрос

В предоставляет информацию в полном объеме
Г не вправе предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина

17. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

- А по беременности и родам
- Б ежегодного оплачиваемого
- В по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет
- Г без сохранения заработной платы

18. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДНЕЙ

- А 50-60
- Б 60-70
- В 70-80
- Г 85-90

19. ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НАПРАВЛЯЮЩИМИ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения
- Б медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы, либо орган, осуществляющий пенсионное обеспечение
- В медицинская организация государственной формы собственности, либо орган, осуществляющий пенсионное обеспечение
- Г медицинская организация государственной формы собственности, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения

20. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)

- А в день признания его временно нетрудоспособным
- Б по желанию пациента
- В при окончании лечения
- Г с первого дня заболевания или травмы

21. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНОВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО ____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- А 15
- Б 20
- В 21
- Г 25

22. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД

- А но не более чем на 24 календарных дня
- Б санаторно-курортного лечения и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков
- В санаторно-курортного лечения и время проезда, не не более, чем на 30 календарных дней
- Г санаторно-курортного лечения

23. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) СРОКОМ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- А. 10
- Б. 20
- В. 30
- Г. 7

24. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ СФОРМИРОВАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, А ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА - НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ

- А. 10; 12
- Б. 4; 6
- В. 6; 8
- Г. 8; 10

25. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА) ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ), ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

- А. Профилактическим медицинским остморам
- Б. Профилю «терапия» и «педиатрия»
- В. Экспертизе временной нетрудоспособности
- Г. Экспертизе стойкой нетрудоспособности

26. РАБОТНИКАМ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА

- А. 10 дней
- Б. 5 дней
- В. 7 дней
- Г. Весь период дегельминтизации

27. ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО ____ ДНЕЙ

- А. 15
- Б. 20
- В. 5
- Г. 7

28. ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. выписка из протокола врачебной комиссии
- Б. допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности
- В. оформляется дубликат листка нетрудоспособности
- Г. оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями

29. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03 И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

- А. оформить новый больничный лист
- Б. продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- В. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- Г. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления

30. ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВРЕМЕННОЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ГРУНИЦЕЙ ____ НА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛЕННОГО В РФ ОБРАЗЦА

- А. должны быть заменены
- Б. по решению врачебной комиссии могут быть заменены
- В. после легализованного перевода должны быть заменены
- Г. после легализованного перевода по решению врачебной комиссии могут быть заменены

31. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

- А. во всех случаях нетрудоспособности
- Б. если он является застрахованным
- В. после оперативного вмешательства
- Г. при заболевании туберкулезом

32. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

- А. выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата
- Б. определения потребностей гражданина в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма
- В. определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу
- Г. установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью

33. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ОФОРМИТЬ

- А. врач приемного покоя больницы
- Б. врач скорой помощи
- В. лечащий врач
- Г. судебно-медицинский эксперт

34. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ)

- А. врач скорой помощи
- Б. врач станции переливания крови
- В. врач травматологического пункта
- Г. санитарный врач

35. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (ВЫДАЕТ)

- А. врач скорой медицинской помощи
- Б. зубной врач
- В. лечащий врач медико-санитарной части
- Г. лечащий врач поликлиники

36. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ, НО НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (В ДНЯХ)

- А. 10
- Б. 15
- В. 20
- Г. 24

37. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ ДНЕЙ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А. 15
- Б. 30
- В. 45
- Г. 7

38. УРОВНЯМИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. врачебная комиссия медицинской организации и департамент здравоохранения города
- Б. лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации
- В. лечащий врач, врачебная комиссия медицинской организации, первичное бюро медико-социальной экспертизы
- Г. лечащий врач, заведующий отделением, зам. Главного врача по КЭР

39. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ РАЗДЕЛА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» СТРОКИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «МЕСТО РАБОТЫ – НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ», «ОСНОВНОЕ», «ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ №»

- А. заполняется на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации
- Б. заполняются работодателем
- В. заполняются со слов гражданина
- Г. не заполняются

40. ГРАЖДНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ В СТАЦИОНАРНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) ЭТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА

- А. весь период протезирования и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков
- Б. время проезда к месту протезирования и период протезирования
- В. время проезда к месту протезирования
- Г. период протезирования

41. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А. вид медицинской экспертизы
- Б. разновидность экспертизы связи заболевания с профессией
- В. разновидность экспертизы профессиональной пригодности
- Г. этап медико-социальной экспертизы

42. РАЗМЕР ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ

- А. диагноза
- Б. длительности страхового стажа
- В. тяжести заболевания
- Г. членства в профсоюзе

43. ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ

- А. больниц
- Б. бюро судебно-медицинской экспертизы
- В. домов отдыха
- Г. подстанций скорой помощи

44. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ФОРМИРОВАНИЯ (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- А. обострение хронического заболевания
- Б. острое заболевание

- В. травма
- Г. хроническое заболевание в период ремиссии

45. СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЕТСЯ

- А. выписной эпикриз
- Б. листок нетрудоспособности
- В. справка произвольной формы
- Г. справка установленной формы

46. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. листок ежедневного учета врача-стоматолога
- Б. листок нетрудоспособности
- В. медицинская карта стоматологического больного
- Г. страховой медицинский полис

47. СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А. вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке
- Б. вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на медико-социальную экспертизу
- В. вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина
- Г. не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях

48. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

- А. не формируется (не выдается)
- Б. формируется (выдается) на 10 дней
- В. формируется (выдается) на 3 дня
- Г. формируется (выдается) на 7 дней

49. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ ЮРИДИЧЕСКУЮ, ФИНАНСОВУЮ И

- А. государственную
- Б. диагностическую
- В. статистическую
- Г. страховую

50. В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ С ___ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. десятого
- Б. первого
- В. пятнадцатого
- Г. пятого

51. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15-ТИ ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А. врачебной комиссией медицинской организации
- Б. главным врачом медицинской организации
- В. заведующим отделением
- Г. заместителем главного врача по КЭР

52. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А. бюро медико-социальной экспертизы
- Б. министерство здравоохранения
- В. территориальный фонд ОМС
- Г. федеральное медико-биологическое агентство

53. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАНИН НА МОМЕНТ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАНЯТ У НЕСКОЛЬКИХ СТРАХОВАТЕЛЕЙ, А В 2-Х КАЛЕНДАРНЫХ ГОДАХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ГОДУ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЫЛ ЗАНЯТ У ДРУГИХ СТРАХОВАТЕЛЕЙ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)

А. два листка нетрудоспособности

Б. несколько листков нетрудоспособности, для предъявления по каждому месту работы не зависимо от стажа работы

В. Один листок нетрудоспособности для предоставления по одному из последних мест работы по выбору гражданина

Г. Один листок нетрудоспособности для предоставления по основному месту работы

54. ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ (ФОРМИРУЮТ)

А. Врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы

Б. Лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения

В. Медицинские работники скорой помощи

Г. Медицинские работники станций переливания крови

55. ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А. выписка из протокола решения врачебной комиссии

Б. Листок нетрудоспособности на 3 дня

В. Листок нетрудоспособности с указанием кода 21

Г. Справка на все дни

56. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

А. листок нетрудоспособности

Б. Медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре

В. Справка установленной формы

Г. Страховой медицинский полис

57. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

А. 4

Б. 5

В. 6

Г. 7

58. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А. диспансеризация по поводу хронического заболевания

Б. прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

В. прохождение профилактического осмотра

Г. установление острого заболевания

59. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

А. 10

Б. 12

В. 4

Г. 6

60. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А. врачебная комиссия

- Б. главный врач
- В. заведующий отделением
- Г. комиссия по трудовым спорам

61. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

- А. документ о семейном положении
- Б. документ, удостоверяющий личность
- В. свидетельство государственного пенсионного страхования
- Г. справку с места работы

62. В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 23 НОЯБРЯ 2021 Г №1089Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УСЛОВИЙ И ПОРЯДКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА И ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ДОКУМЕНТА НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ В СЛУЧАЯХ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», НАЧИНАЯ С 1 ЯНВАРЯ 2022 ГОДА, БЕЗРАБОТНЫМ ГРАЖДАНАМ ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. не производится
- Б. производится в случаях ухода за ребенком в возрасте до 3 лет
- В. производится при условии, если безработный получает дополнительное профессиональное образование по направлению службы занятости
- Г. производится только при условии, если безработный стоит на учете в государственной службе занятости населения

63. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ

- А. выписной эпикриз
- Б. листок нетрудоспособности с кодом 021
- В. справка о нетрудоспособности
- Г. справка произвольной формы

64. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ ГРАЖДАНЕ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НЕ ПОЗДНЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ ОТ ДАТЫ ЕЕ НАЧАЛА

- А. 3
- Б. 4
- В. 5
- Г. 6

65. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. выдается в случае госпитализации
- Б. выдается при наличии у него документа о постановке на учет по безработице
- В. выдается только при остром заболевании
- Г. не выдается

66. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. выдается справка произвольной формы
- Б. выдается справка установленного образца
- В. не выдается никакой документ
- Г. формируется (выдается) листок нетрудоспособности

67. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, КОТОРЫЙ _____ ФОРМИРУЕТ (ВЫДАЕТ) ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- А. единолично
- Б. по решению врачебной комиссии
- В. по согласованию с заведующим отделения
- Г. с учетом пожеланий пациента

68. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАВШЕМУСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

- А. листок нетрудоспособности не формируется (не выдается)
- Б. справка произвольной формы
- В. справка установленного образца
- Г. формируется (выдается) листок нетрудоспособности

69. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. двух
- Б. трех
- В. четырех
- Г. шести

70. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

- А. 10; 12
- Б. 12; 14
- В. 4; 5
- Г. 4; 8

71. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. возраст работника
- Б. Наличие наград у работника
- В. Страховой стаж
- Г. Уровень образования

72. ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПЕРЕРЫВИСТОМУ МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР)

- А. Врача-специалиста
- Б. Врачебной комиссии
- В. Главного врача
- Г. Консилиума врачей

73. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА

- А. выезд в другую местность
- Б. Отказ от госпитализации
- В. Отказ от направления на МСЭ
- Г. Явка на прием врача в состоянии опьянения

74. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ

- А. закрытия листка нетрудоспособности
- Б. Непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- В. Открытия листка нетрудоспособности
- Г. Регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы

75. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ ___ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- А. 15
- Б. 20
- В. 25
- Г. 30

76. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ___% СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА

- А. 100
- Б. 40
- В. 60
- Г. 80

77. К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (В ДНЯХ)

- А. 10
- Б. 15
- В. 30
- Г. 5

78. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А. 10
- Б. 6
- В. 8
- Г. 9

79. ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

- А. выданных листков нетрудоспособности
- Б. Дней временной нетрудоспособности
- В. Зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники
- Г. Рабочих дней в году

80. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

- А. Без сохранения заработной платы
- Б. Ежегодно оплачиваемого
- В. По беременности и родам
- Г. По ходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет

Ситуационные задачи

Задача №1

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

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

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №2

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

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

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №3

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №4

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №5

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №6

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №7

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

Анамнез заболевания: Около 5-6 лет отмечает кашель по утрам с отделением мокроты. Одышка при физических нагрузках беспокоит в течение 2 лет, постепенно нарастает. Стационарное лечение в связи с обострением заболевания 11 месяцев назад. После этого получал формотерол с незначительным эффектом. Последнее ухудшение около 2 недель: усилилась одышка, кашель, стало отходить больше мокроты.

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №8

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

Анамнез заболевания: Заболела остро 5 дней назад: повысилась температура тела до 39°. Лечилась жаропонижающими средствами. Сохранялась фебрильная температура, нарастала слабость. Вчера обратилась в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография грудной клетки, после чего пациентка по неотложной помощи госпитализирована в стационар.

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

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка конической формы, левая ее половина отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного звука над средними отделами левого легкого. Дыхание жесткое,

сухие хрипы с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые хрипы слева ниже 2 ребра по передней поверхности в небольшом количестве. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 94%.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №9

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

Анамнез заболевания: Заболел остро 3 недели назад: повысилась температура до 39°, появился сухой кашель, боли в грудной клетке справа. На следующий день появилось кровохарканье до сгустков крови в мокроте. Выполнена рентгенограмма легких. Госпитализирован в терапевтическое отделение. Проводилось лечение: цефтриаксон в/в, левофлоксацин в/в. Температура нормализовалась, кровохарканье прекратилось, но сохраняются боли в грудной клетке, инфильтративные изменения на рентгенограмме.

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

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №10

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

Анамнез заболевания: Цирроз печени токсической этиологии выявлен в 2007 году при обследовании по поводу желтухи и асцита. Исследование крови на маркеры вирусов гепатитов дало отрицательный результат. После этого неоднократно обследовалась и лечилась в гастроэнтерологическом отделении. Постоянной лекарственной терапии не проводила. Режим абстиненции соблюдала. Настоящее ухудшение в течении месяца. Обострению предшествовал двухмесячный период нарушений режима абстиненции. Месяц назад появился болевой синдром, стали нарастать симптомы астении, увеличение живота, отеки. С середины февраля появились рецидивирующие геморроидальные кровотечения. Б/х анализ крови: гипоальбуминемия (28 г/л), гипербилирубинемия (общ. 119,5 мкмоль/л, пр. 82,6 мкмоль/л), повышение трансаминаз (АЛТ 50,7 Ед/л, АСТ 104,9 Ед/л).

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

Данные физикального обследования пациента: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Ситуационно ориентирована. Обманных восприятий нет. Питание повышенное, ИМТ 37,55 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы жёлтые, множественные телеангиэктазии на коже груди, на плечах, спине. Видимые

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №11

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

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

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

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Обманных восприятий нет. Питание достаточное, ИМТ 20,58 кг/м². Телосложение правильное. Дермографизм смешанный. Кожные покровы жёлтые, на коже задней поверхности шеи сеть расширенных капилляров. Видимые слизистые без патологических элементов, малиново-розовые, обычной влажности. Зев чист. Склеры желтушные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без грубых изменений. Щитовидная железа осмотрена, без особенностей. Перкуторно определяемые границы сердца: левая по левой среднеключичной линии в V межреберье, правая и верхняя в пределах нормы. Тоны сердца ясные, с ЧСС 72 в мин. Пульс 72 уд/мин., удовлетворительных характеристик. АД 140/90 мм.рт.рт. Грудная клетка правильной формы. Обе её половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный. Дыхание везикулярное. Язык влажный, малиновый, умеренно обложен серо-жёлтым налётом. Живот мягкий, симметричный, участвует в дыхании, болезненный при поверхностной пальпации в эпигастрии, правом подреберье. При глубокой пальпации – безболезненный. Печень 12×9×8см, не выступает из-под края рёберной дуги. «Пузырные» симптомы «отрицательные». Селезёнка 10×8 см, не выступает из-под края рёберной дуги. Стул

оформленный, 1 раз за прошедшие сутки, каловые массы коричневые. Дизурии нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №12

Пациентка М. 24 года, обратилась к участковому врачу.

Жалобы

При поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Две недели назад заболело горло, температура поднялась до 38,0⁰С. Терапевтом был назначен антибиотик (Амоксиклав) на 10 дней по 500 мг x 3 раза в день, лабораторные исследования не проводились. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось, в связи с чем, через два дня от начала улучшения пациентка самостоятельно отменила прием антибиотика (курс антибактериальной терапии составил 5 дней). Три дня назад отметила появление отеков лица по утрам, моча приобрела красный оттенок, температура поднялась до субфебрильных цифр.

Анамнез жизни

- В анамнезе обращают на себя внимание неоднократные эпизоды тонзиллофарингита (до 3-4 в год)
- Вредные привычки отрицает
- Студентка театрального вуза
- Аллергические реакции отрицает
- Мать (54 года) страдает гипертонической болезнью с 40 лет

Объективный статус

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы подчелюстной области, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, налета нет. Тоны сердца чистые, звучные, соотношение тонов не изменено. ЧСС –80 уд./мин., АД –170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Через 3 дня от начала лечения пациентка была госпитализирована в стационар в связи с сохранением нефротического синдрома. Проводилось лечение, но нефротический синдром сохраняется более 2-х недель, уровень креатинина 115 мкмоль/л – без динамики последние 2 недели.

Результаты лабораторных методов обследования

Анализ титра антистрептококковых антител

АСЛ –О – 350 (N- 0-200) ЕД, антистрептогиалуронидаза – 400 (N- 0-250) ЕД

Общий анализ мочи

Удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эритроциты – 40-50 в п/зр., лейкоциты –10-15 в п/зр, цилиндры – много

Биохимический анализ крови

Общий белок 73 г/л, АЛТ 18,4 Ед/л, АСТ 26,3 Ед/л, креатинин 115 мкмоль/л, альбумин 32 г/л, общий билирубин 13,5 3-21 мкмоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, холестерин 4,22 ммоль/л, мочевины 5 ммоль/л.* *

СКФ 57,33 мл/мин/1,73 м²

Анализ мочи по Нечипоренко

Эритроциты – 50000, лейкоциты – 3000, цилиндры – 11000

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ почек

Правая почка 108 x 52 мм, левая почка – 103 x 50 мм, положение и форма типичные, контуры ровные, чёткие, паренхима толщиной 22 мм, однородная, равномерно гипэхогенная, ЧЛС не расширена.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №13

Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.

Жалобы

Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.

Анамнез заболевания

2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость.

Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться, в связи с чем обратился к терапевту

Анамнез жизни

В детстве частые респираторные инфекции (4-5 в год).

В 14 лет – аппендэктомия, без осложнений.

Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.

1-2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.

При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось. Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.

Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.

Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортсом не занимается.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77-78 кг), Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая стенка зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки, слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт.ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшинной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
----------	----------

Параметр	Значение
Количество	150 мл
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Реакция	Кислая
Удельная плотность	1021
Белок	4,0 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты	1-2 в поле зрения
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Цилиндры	гиалиновые
Эпителий	отсутствует
Бактерии	отсутствуют
Слизь	Немного
Соли	отсутствуют

Биохимический анализ крови

Наименование	Значение	Референсные значения	Единицы измерения
Общий белок	40	60 – 80	г/л
Альбумин	18	35 – 50	г/л
Мочевина	5,0	2,5 - 6,4	ммоль/л
Креатинин	75	53 – 115	мкмоль/л
Холестерин общий	6,5	1,4 - 5,7	ммоль/л
Триглицериды	2,2	0,20 - 1,70	ммоль/л
Билирубин общий	10,1	3,0 - 17,0	ммоль/л
Билирубин прямой	1,6	0,0 - 3,0	ммоль/л
АЛТ	17	15- 61	Ед/л
АСТ	22	15 – 37	Ед/л
Мочевая кислота	195	155 – 428	мкмоль/л
Глюкоза	4,1	3,89 – 5,83	ммоль/л
рСКФ (по СКД-ЕPI)	126		мл/мин

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование почек

Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121 x 61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118 x 62 мм, толщина паренхимы 22 мм, экзогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №14

Больной 36 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы

На отеки голеней и стоп, нарастающие к вечеру, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пенящаяся).

Анамнез заболевания

4 месяца назад после перенесенной инфекции ОРВИ стал отмечать периодическое появление отеков на стопах. Учитывая самостоятельный регресс отеков, пациент за медицинской помощью не обращался. В течение последних двух недель отеки стоп и голеней стали носить постоянный характер, заметил, что моча пенится. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ. В течение 5 лет – избыточная масса тела
- Наследственность не отягощена
- Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- АД – 120-130/80 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Периферические л.у. не пальпируются. Отеки голеней, стоп. При надавливании легко образуется ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочепускание безболезненное. За сутки выделяет около 700-800 мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
Количество	150мл
Цвет	Желтый
Прозрачность	Полная
Реакция	Кислая
Удельная плотность	1021
Белок	5,2 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты	1-2 в поле зрения
Эритроциты	10-15 в поле зрения
Цилиндры	гиалиновые, эритроцитарные
Эпителий	отсутствует
Бактерии	отсутствуют
Слизь	Немного

Параметр	Значение
Соли	отсутствуют

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 – 82	50,8
Альбумин	32 – 48	28
Мочевина	2,5 - 6,4	5,0
Креатинин	53 – 115	85
Холестерин общий	1,4 - 5,7	9,6
Триглицериды	0,20 - 1,70	1,93
Билирубин общий	3,0 - 17,0	7,2
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	1,2
АЛТ	15,0 - 61,0	22,0
АСТ	15,0 - 37,0	12,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	420,0
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,2
рСКФ (СКД-ЕРІ)	95 мл/мин	

Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	140
Гематокрит	35,0 - 47,0	41,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	210,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Инд.распр.эр-товкоэф.вар.	11,50 - 14,50	12,30
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1

Наименование	Нормы	Значение
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 – 20	35

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ почек

Почки обычно расположены, контуры ровные, нормальных размеров: левая 124×57×52 мм, толщина паренхимы 18-19 мм, правая 118×65×50 мм, толщина паренхимы 19 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. ЧЛС не расширена. Подвижность почек при дыхании обычная. При ЦДК кровотоков не изменен, прослеживается до периферических отделов. Область надпочечников не изменена.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №15

Больная 19 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На сильные боли в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38-38,5°C с ознобом.

Анамнез заболевания

Неделю назад после переохлаждения отметила появление учащенного болезненного мочеиспускания, выделение мутной мочи с неприятным запахом, «тянущих» болей внизу живота. Самостоятельно принимала фитопрепараты без положительного эффекта. 3 дня назад отметила повышение температуры тела до 38,5°C с ознобом, боли в правой поясничной области, в связи с чем самостоятельно два дня назад начала прием левофлоксацина по 500 мг 1 р/сут. В течение последних двух дней температура снизилась до 37,2-37,5°C, уменьшилась интенсивность болей в правой поясничной области.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с обострениями 2-3 раза в год (лечение – самостоятельное).
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет у бабушки и деда по материнской линии, у деда по отцовской линии генерализированный атеросклероз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Гинекологический анамнез: беременность – 0, роды – 0. Половая жизнь с 18 лет, один постоянный партнер. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 172 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, болезненное, моча мутная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
Количество	130 мл

Параметр	Значение
Цвет	Желтый
Прозрачность	Мутная
Реакция	Сл. щелочная
Удельная плотность	1010
Белок	0,2 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты	сплошь в поле зрения
Эритроциты	30-35 в поле зрения
Цилиндры	лейкоцитарные
Эпителий	Клетки почечного эпителия
Бактерии	Много
Слизь	Немного
Соли	Фосфаты в небольшом количестве

Общий анализ крови

Наименование	Результат	Референсные значения	Единицы измерения
Гемоглобин	128,2	120,0 - 150,0	г/л
Гематокрит	39,44	35,0 - 47,0	%
Эритроциты	4,46	4,00 - 5,70	млн/мкл
Ср.объем эритроцита	88	80,0 - 97,0	фл
Ср.содерж.гемоглобина в эритроците	30,13	28,0 - 35,0	пг
Ср.конц.гемоглобина в эритроците	340	330 - 360	г/л
Тромбоциты	194	150,0 - 320,0	тыс/мкл
Лейкоциты	13	4,00 - 9,00	тыс/мкл
Лимфоциты абс.	2,47	1,20 - 3,50	тыс/мкл
Моноциты абс.	0,36	0,10 - 1,00	тыс/мкл
Нейтрофилы абс.	10,14	2,04 - 5,80	тыс/мкл
Эозинофилы абс.	0,03	0,02 - 0,30	тыс/мкл
Базофилы абс.	0,00	0,00 - 0,07	тыс/мкл
Лимфоциты	19	19-37	%
Моноциты	2,8	3-12	%
Нейтрофилы	78	47,00 - 72,00	%
Юные	1	0-1	%
п/я	7	2-5	%
с/я	70	55-68	%
Эозинофилы	0,2	0,0 - 6,0	%
Базофилы	0,0	0,0 - 1,0	%
СОЭ по Панченкову	40	2 - 20	мм/час

Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Рост *E. Coli* 10⁶ КОЕ/мл, чувствительна к амоксициллину, цефуроксиму, цефиксиму, ципрофлоксацину, левофлоксацину, фосфомицину.

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок (г/л)	64 - 82	70
Альбумин (г/л)	32 - 48	40
Мочевина (ммоль/л)	2,5 - 6,4	4,3
Креатинин (мкмоль/л)	53 - 115	68
Калий (ммоль/л)	3,4 - 5,0	4,0
Натрий (ммоль/л)	135-145	138
Билирубин общий (мкмоль/л)	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой (мкмоль/л)	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ (Ед/л)	15,0 - 61,0	15,0
АСТ (Ед/л)	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота (мкмоль/л)	155,0 - 428,0	160,2
Глюкоза (ммоль/л)	3,89 – 5,83	4,0

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ почек

Правая почка: контуры ровные, четкие, размер 110x50 мм, толщина паренхимы 22 мм (норма до 20 мм), эхогенность паренхимы неравномерно снижена. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов нет. Подвижность почки при дыхании снижена.

Левая почка: контуры ровные, четкие, размер 109x48 мм, толщина паренхимы 18 мм, эхогенность паренхимы не изменена. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов нет.

Экскреторная урография

Заключение: Накопление и выведение контрастного вещества своевременное, симметричное. Признаки конкрементов, деформации чашечно-лоханочной системы, обструкции не обнаружены. Определяется ограничение подвижности правой почки.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №16

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

На слабость, обильное мочеотделение преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Более 15 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава. Для купирования принимал индометацин, с эффектом. Диету с низким содержанием пуринов не соблюдал, приверженности к терапии аллопуринолом нет. Более 5 лет артериальная гипертензия с подъемами АД до 160/100 мм рт ст, принимает амлодипин. Последние полгода

появились никтурия, полиурия. Со слов больного год назад выявлено повышение креатинина в моче.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания: ОРВИ.
- Наследственность не отягощена.
- Вредные привычки- курение 1 пачка в день 30 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи в норме. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул в норме.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Показатель	Нормы	Результат
Гемоглобин	130-160 г/л	105
Гематокрит	35,0-47,0%	41,7
Эритроциты	4,0-6,0*10 ¹² /л	5,37
Тромбоциты	180-360	210
Лейкоциты	4,0-9,0	7,5
Палочкоядерные	1-6%	5
Сегментоядерные	42-72%	18
Эозинофилы	0,5-5%	1
Базофилы	0-1%	0
Лимфоциты	19-37%	70
Моноциты	3-11%	6
СОЭ	2-20 мм/ч	30

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64-82 г/л	70
Альбумин	32-48 г/л	40
Мочевина	2,5-6,4 ммоль/л	6,0
Креатинин	53-115 мкмоль/л	170
Холестерин общий	1,4-5,7 ммоль/л	5,9
Триглицериды	0,20-1,70 ммоль/л	2,0
Биллирубин общий	3,0-17,0 мкмоль/л	10,3
Биллирубин прямой	0,0-3,0 мкмоль/л	2,0
АЛТ	15,0-61,0 ед/л	15,0
АСТ	15,0-37,0 ед/л	19,0
Щелочная фосфатаза	50,0-136,0 ед/л	64,0
Мочевая кислота	155,0-428,0 мкмоль/л	598
Глюкоза	3,89-5,83 ммоль/л	4,0

Общий анализ мочи

Количество	130 мл	НОРМА
Цвет	желтый	Норма
Прозрачность	Мутная	Прозрачная
Реакция	кислая	Слабо-кислая
Удельная плотность	1005	1010-1030
Белок	0,08 г/л	-
Уробилин	Отсутствует	-
Лейкоциты	2-3 в поле зрения	1-2
Эритроциты	8-10 в поле зрения	0-1
Цилиндры	отсутствуют	Единичные
Эпителий	отсутствует	Единичные
Бактерии	отсутствуют	-
Слизь	нет	-
Соли	Ураты в большом количестве	-

Результаты инструментального метода обследования

Расчётная СКФ

СКФ = 50 мл/мин/1,73 м² (N>60)

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №17

Пациентка 30 лет обратилась к врачу общей практики в поликлинику.

Жалобы

Повышение температуры, слабость, боли в поясничной области, неприятные ощущения при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38,7°С с ознобом, со слов была мутная моча. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие средства.

Анамнез жизни

Раньше подобных заболеваний не было. Страдает хроническим циститом, обострения бывают 2 – 3 раза в год. Периодически отмечает явления вульвовагинита, у гинеколога не наблюдается. Работает продавцом. Вредных производственных факторов нет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, чистые.

Температура 38,3°С. Слизистая ротоглотки, миндалины – без патологических изменений.

Лимфоузлы не увеличены. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Пульс = ЧСС = 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Диурез со слов не изменялся, стул нормальный. На данный момент беременность исключает. Врач общей практики заподозрил заболевание почек, предложил госпитализацию.

Пациентка категорически отказалась.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

Общий анализ крови

По ОАК: Лейкоциты - $14,5 \cdot 10^9$ /л. (норма: $4,0 - 9,0 \cdot 10^9$ /л), эозинофилы – 1% (норма: 1 – 5%), палочкоядерные – 8% (норма: 1 – 6%), сегментоядерные – 74% (норма: 47-72%), лимфоциты – 14% (норма: 19 – 37%), моноциты – 3% (норма: 3 – 12%).

Гемоглобин 135г/л (норма 120,0-140,0г/л), эритроциты $4,61 \cdot 10^{12}$ /л (норма $3,7 - 4,7 \cdot 10^{12}$ /л), гематокрит 43,9% (норма 33-46%).

Тромбоциты $263 \cdot 10^9$ /л (180 - $400 \cdot 10^9$ /л) СОЭ - 30мм/ч (норма 0 – 15мм/ч).

Определение уровня глюкозы, креатинина, СКФ, С-реактивного белка в сыворотке крови

Глюкоза 5,3 ммоль/л (норма венозной крови 3,3 – 6,1 ммоль/л)

Креатинин 64 мкмоль/л (норма 44-106 мкмоль/л), СКФ 93 мл/мин/1,73 м² (в норме выше 90 мл/мин/1,73 м²)

С-реактивный белок 12 мг/л (норма 0 – 1 мг/л).

Общий анализ мочи

Цвет – жёлтый, моча мутная (норма соломенно-жёлтая, прозрачная).

Удельный вес 1025 (норма 1008-1026)

рН 6,5 (4,5 – 8,0)

лейкоциты – покрывают поле зрения (норма 0 – 6 в п/зр),

бактерии +++ (норма отсутствуют)

эритроциты 1-2 в поле зрения (норма 0 – 2 в препарате)

эпителий переходный – единичный в поле зрения (норма незначительное количество)

глюкоза – отрицательно (норма отсутствует)

белок – 0,03г/л (норма 0 – 0,033г/л)

Выполнение бактериологического исследования мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Выявлена E. Coli, в титре 10×7 КОЕ/мл

Ампициллин	resistant
Амоксициллин+клавуланат	resistant
Цефалексин	resistant
Цефотаксим	sensitive
Цефтриаксон	sensitive
Цефоперазон	sensitive
Цефтазидим	sensitive
Цефепим	sensitive
Азтреонам	sensitive
Имипенем	sensitive
Меропенем	sensitive
Гентамицин	resistant
Нетилмицин	sensitive
Амикацин	sensitive
Доксициклин	resistant
Ванкомицин	sensitive
Азитромицин	sensitive
Хлорамфеникол	resistant
Клиндамицин	resistant
Ципрофлоксацин	sensitive
Офлоксацин	sensitive
Ломефлоксацин	sensitive

Левифлоксацин	sensitive
Норфлоксацин	sensitive
Моксифлоксацин	sensitive
Ко-тримоксазол	resistant

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №18

Мужчина 57 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту.

Жалобы

Повышение температуры тела до 38,9°C, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание ночью, рези при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, состояние ухудшилось за последние несколько дней. Симптомы появились после сильного переохлаждения - рубил лес в морозную погоду.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Работает трактористом. Семейный анамнез - у отца мочекаменная болезнь. Аллергоанамнез: отрицает. Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь раз в неделю. Перенесенные заболевания: В анамнезе мочекаменная болезнь с 50 лет. Простатит, выявлен в течение года. Подагра. В детстве перенес ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает. Постоянный прием: Аллопуринол 100 мг/сут.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступен контакту. Положение активное. Масса 70 кг, рост 165 см. ИМТ 25,73 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°C. В легких дыхание жесткое. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

Показатель	Значение
Эритроциты	4,6x10 ¹² /л
Гемоглобин	139 г/л
Цвет. показатель	0,87
Лейкоциты	12,5x10 ⁹ /л
Нейтрофилы	73,0
Лимфоциты	19%
Моноциты	2%
СОЭ	25мм/ч

Биохимический анализ крови

Показатель	Значение
Общий белок	66,4 г/л
Билирубин	10,1 мкмоль/л
Глюкоза	5,0 ммоль/л

Показатель	Значение
Мочевина	6,73 ммоль/л
Креатинин	110 ммоль/л
АЛТ	5,5 Ед/л
СРБ	3 мг/л
АСТ	16,1 Ед/л
Мочевая кислота	400 мкмоль/л

Общий анализ мочи

Показатель	Значение
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Мутный
Реакция	Сл. щелочная
Белок	0,20 г/л
Сахар	Отриц.
Удельный вес	1008 г/л
Эпителий	Ед.в поле зрения
Лейкоциты	сплошь в п.з
Эритроциты	Отриц.
Кристаллы	Оксалатов небольшое кол-во
Бактерии	Сплошь в п.з.
Цилиндры	Лейкоцитарные
Слизь	++

Бактериологическое исследование мочи

Рост *E. Coli* 110 КОЕ/мл, чувствительна к амоксициклину, ципрофлоксацину, левофлоксацину

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ почек

Правая почка: с четким ровным контуром, размером 12 на 5,5 см. Расширение средней группы чашечек до 4 мм, в этой же проекции в синусе определяется жидкостное образование размером до 1 см. Лоханка не расширена. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы. Левая почка: с четким ровным контуром, размером 11,5 на 5,5 см. Чашечно-лоханочная система не дилатирована. Толщина паренхимы 1,6 см. Подвижность почки в пределах нормы. В проекции ЧЛХ с обеих сторон определяются гиперэхогенные включения от 2 мм и менее в небольшом количестве. Мочевой пузырь: с четким ровным контуром, патологических образований нет.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №19

Больной Б., 38 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать

периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

Анамнез заболевания

Данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно. Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,60 С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Исследование обмена железа. Сывороточное железо - 7,8 мкмоль/л (норма для мужчин 10,5-28,3 мкмоль л /) Ферритин - 24 мкг/л (норма 30-300 мкг/л)

Анализ кала на скрытую кровь. Результат отрицательный.

Результаты инструментальных методов обследования

ЭГДС: слизистая желудка бледная, картина хронического поверхностного гастрита

Колоноскопия: При проведении колоноскопии патология не выявлена.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №20

Мужчина 66 лет был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара после обращения в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На появление «мурашек» в области кистей и стоп, головокружение, общую слабость, боли в языке. Отмечает, что коллеги по работе заметили бледность кожи, и желтоватый цвет склер.

Анамнез заболевания

В возрасте 59 лет у пациента внезапно, в покое, возникло чувство жжения за грудиной, сопровождавшееся повышенной потливостью, чувством нехватки воздуха и страхом смерти. Данные жалобы сохранялись в течение нескольких часов. Обращался в поликлинику по месту жительства. На снятой электрокардиограмме патологии не выявлено. В виду тяжёлого состояния и сохраняющегося болевого синдрома пациент был госпитализирован с диагнозом «Острый коронарный синдром». В стационаре повторно снята ЭКГ – без признаков ишемии. Исследованы тропонины: тропонин I=0.1 нг/мл, тропонин T=0.01 нг/мл. Учитывая жалобы на остро возникшую нехватку воздуха, был оценён риск развития тромбоэмболии лёгочной артерии: по шкале Wells 0 баллов (низкий риск ТЭЛА), по шкале Geneva 0 баллов (низкий риск ТЭЛА); на ЭКГ признаков перегрузки правых отделов нет. При проведении ЭхоКГ: ЛП из апикальной позиции 4.0x5.0, ЛП 2.5 – 4.0, ПП из апикальной позиции 2.6x4.2 см, КДО ЛЖ 43 мл, КСО ЛЖ 50 мл, давление в ЛА 28 мм рт. ст., ФВ по методу Симпсона 53%, зон гипо-, дис-, акинезии не выявлено. СДЛА 17 мм рт. ст. Показаний к проведению КТ ангиографии с контрастированием с целью исключения ТЭЛА не было.

Тогда же, при более детальном опросе выяснилось, что пациент отмечал появление болей сразу после приёма пищи (был на банкете), где выпил «большое количество алкоголя». Помимо этого, обращало на себя внимание, что за последние полгода одежда стала велика на 2 размера. Была проведена ЭГДС с биопсией. Заключение: язва малой кривизны в области кардиального отдела; Forrest III. При биопсии были выявлены низкодифференцированные клетки. С целью поиска отдалённых метастазов проводились УЗИ брюшной полости (метастазы в л/у по малой кривизне, в воротах печени, в печени не выявлены), УЗИ малого таза (метастаз Шницлера не выявлен), УЗИ мягких тканей околопупочной области (метастаз сестёр Айриш не выявлен); при пальпации области между ножек грудино-ключичной мышцы слева увеличенных л/у (метастаз Вирхова) обнаружено не было. После нескольких курсов химиотерапии пациенту была проведена проксимальная субтотальная резекция желудка. При выписке рекомендовано наблюдение онколога по месту жительства, соблюдение строгой диеты.

На протяжении последующих 7 лет состояние оставалось удовлетворительным, однако, в течение последнего месяца появились парестезии по типу перчаток и носков, отметил снижение всех видов чувствительности и аппетита, общую слабость, в связи с чем обратился в поликлинику по м/ж, откуда был госпитализирован в стационар с подозрением на транзиторную ишемическую атаку.

Анамнез жизни

- Другие хронические заболевания: Хроническая обструктивная болезнь лёгких.
- Наследственность – отец умер от рака (какого не помнит) в 68 лет.
- Курит 1 пачку в день в течение ~20 лет. Индекс курящего человека – 20 пачка/лет.
- Профессиональных вредностей не имеет
- Аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура тела — 36,8°C. При осмотре кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые: бледные, склеры субиктеричны. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 188 см, вес 78 кг, индекс массы тела 22 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации дыхание жесткое, сухие хрипы над всей поверхностью лёгких. Частота дыхательных движений — 19 в минуту, SpO₂ – 97%. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушённые. Шумов нет. I и II тоны без изменений. Частота сердечных сокращений — 88 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках,

нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление — 123/85 мм рт. ст. Язык: атрофия сосочков языка («лакированный» язык). Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова–Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову — 9х9х8 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание, со слов пациента, без особенностей.

Результаты обследования

Общий анализ крови

Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой		
Лейкоциты	2,4 x 10 ⁹ /л	4,00-10,00
Эритроциты	2,09 x 10 ¹² /л	4,30-5,70
Гемоглобин	88 г/л	132-173
Гематокрит	38 %	39,0-49,0
MCV	109 fL	80,0-99,0
MCH	38 пг	27,0-34,0
MCHC	311 г/л	300-380
ЦП	1,26	0,86-1,05
Тромбоциты	170 x 10 ⁹ /л	180-320
Нейтрофилы	5,48 x 10 ⁹ /л	1,80-7,70
Лимфоциты	2,50 x 10 ⁹ /л	1,00-4,80
Моноциты	0,67 x 10 ⁹ /л	0,05-0,82
Эозинофилы	0,26 x 10 ⁹ /л	0,02-0,50
Базофилы	0,07 x 10 ⁹ /л	0,00-0,08
Нейтрофилы	61,0%	47,0-72,0
Палочкоядерные нейтрофилы	5%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	37%	45-72%
Лимфоциты	54 %	19,0-37,0
Моноциты	3 %	3,0-12,0
Эозинофилы	2 %	2,0-5,0
СОЭ	38 мм/час	2-20

Определение содержания витамина В12 и В9 в сыворотке крови

Цианкобаламин, фолиевая кислота		
Показатель	Результат	Референсные значения
В ₁₂ , (цианкобаламин) пг/мл	70,00	191,0-663,00
В ₉ (Фолиевая кислота), нмоль/л	27,90	7,00-39,70

Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови		
Показатель	Результат	Референсные значения
Общий белок	80,0 г/л	64,0-83,0
Альбумин	46 г/л	35,0-52,0
Глюкоза	4,8 ммоль/л	3,3-5,5
Креатинин	75,9 мкмоль/л	64-115
Азот мочевины	3,48 ммоль/л	2,5-9,2
Мочевая кислота	200,35 мкмоль/л	202,30-416,50
Билирубин общий	28,0	0,00-21,00
Билирубин прямой	6,5	0,00-5,00

Биохимический анализ крови		
Билирубин непрямой	21,5	
АСТ	29,3 Ед/л	0,0-32,0
АЛТ	19,4 Ед/л	0,0-33,0
ЛДГ	350 Ед/л	135-214
Железо сыворотки	19,0 мкмоль/л	6,60-26,00
ОЖСС	42,80	45,30-77,10
ЛЖСС	23,80 мкмоль/л	20,00-62,00
Ферритин сыворотки	76,0 мкг/л	10,00-120,00
Амилаза панкреатическая	33 Ед/л	0-53

Результаты обследования

Цитологическое исследование мазка костного мозга: Макроцитоз, гиперхромия эритроцитов, встречаются эритроциты с базофильной пунктацией. Тельца Жолли (тельца Хауэлла-Жолли) - мелкие круглые фиолетово-красные включения размером 1 - 2 мкм, встречаются по 1 (реже по 2 - 3) в одном эритроците. Представляют собой остаток ядра после удаления его РЭС. Кольца Кебота - остатки оболочки ядра эритрокариоцита в виде восьмерки или кольца, окрашиваются в красный цвет. Заключение: мегалобластный тип кроветворения: клеточность костного мозга повышена, в препарате большое количество мегалобластов; выявляются гиперсегментированные нейтрофилы, а также гигантские миелоциты, метамиелоциты и п/я нейтрофилы.

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №21

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №22

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

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Задача №23

На приеме больной Л., 68 лет. Ранее работал бухгалтером; наряду с текущей работой готовил обширные годовые отчеты для фирм. Социально успешен. В анамнезе без особенностей. Не

курит, спиртное употребляет эпизодически. Последние несколько лет отмечает утомляемость, потерю веса. В течение года начались неприятности на работе, стал делать ошибки в отчетах, стал делать записи, но забывал где их оставлял. Все эти симптомы протекали на фоне прогрессирующего снижения настроения и раздражительности от ощущения своей несостоятельности. Поехал в другой город, оставил машину на центральной площади, где должен был встретиться с приятелем. Через несколько часов после встречи забыл, где оставил машину, метался в ее поисках. Обратился за мед. помощью. При осмотре растерян. Глаза широко раскрыты. Путает даты, точно не помнит, как здесь оказался. Выявляет отчетливое снижение памяти на текущие события.

Задание:

Задание:

1. Определите признаки временной нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).
2. Определите признаки стойкой нетрудоспособности (ОПК-7.1. ОПК-7.2. ПК-1.4.).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
Медицинская информатика

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия
Направленность: Терапия
Квалификация выпускника: врач-терапевт
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: Б1.О.2

Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.	ОПК-1.1. Использует информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.	1 год обучения
	ОПК-1.2. Соблюдает правила информационной безопасности.	1 год обучения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию.	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Код компетенции	Коды индикаторов достижения компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-1	ОПК-1.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила работы в медицинских информационных системах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - теоретические основы медицинской информатики; - виды, структуру, характеристики медицинских информационных систем (МИС); - принципы автоматизации управления учреждениями здравоохранения с использованием современных информационных технологий <p>Уметь:</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий	Зачет, 1 год обучения

		<p>- использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;</p> <p>Владеть:</p> <p>- использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p>		
	ОПК-1.2	<p>Знать:</p> <p>- правила работы в медицинских информационных системах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;</p> <p>Уметь:</p> <p>- работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>- применять правила информационной безопасности в профессиональной деятельности</p> <p>Владеть:</p> <p>- использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p>		
ОПК-9	ОПК-9.2	<p>Знать:</p> <p>- правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа.</p> <p>Уметь:</p> <p>- заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа;</p> <p>Владеть:</p> <p>- использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий	Зачет, 1 год обучения

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: тестовые задания

Тестовый контроль сформированности компетенций **ОПК-1** (ОПК -1.1, ОПК-1.2), ОПК-9 (ОПК-9.2)

Все задания с выбором одного правильного ответа.

Пример:

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать правильный ответ.

1. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:

1. однообразие источников данных;
- 2. интерпретируемость и однозначность;**
3. большие объемы данных;
4. конфиденциальность;
5. доступность.

2. ТЕКСТ ЭЛЕКТРОННОЙ СТРАНИЦЫ ИНТЕРНЕТА, СОДЕРЖАЩИЙ В СЕБЕ СВЯЗИ С ДРУГИМИ ТЕКСТАМИ, ГРАФИЧЕСКОЙ, ВИДЕО- ИЛИ ЗВУКОВОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. тезаурус
- 2. гипертекст**
3. Каталог
4. рубрикатор
5. ультратекст

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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

Используется для оценки
ОПК-1 (ОПК-1.1, ОПК-1.2), ОПК-9 (ОПК-9.2)

Пример:

Вы – практикующий врач, который решил создать электронную базу данных о своих пациентах с информацией о проведенных анализах, операциях, аллергических реакций и других данных. Вся информация хранится у Вас в нескольких таблицах базы данных.

Выполните задания:

1. Опишите Ваши действия, чтобы облегчить ввод информации о новых пациентах.
2. Опишите Ваши действия, чтобы обновить имеющиеся данные о постоянных пациентах.

Ответ к задаче

1. Нужно создать несколько форм: а) форма ввода информации о новых пациентах, личные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, место работы и т.д. б) форма заполнения анализов пациентов, аллергических реакций, т.д.
2. Обновить данные можно посредством таблицы или формы.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено», «не выполнено».

Индикатор достижения	«выполнено»	«не выполнено»

компетенции		
ОПК-1.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» 	<p>Не способен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
ОПК-1.2	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работать с персональными данными лиц, в отношении которых проводится судебно-медицинская экспертиза, и сведениями, составляющими врачебную тайну; - применять правила информационной безопасности в профессиональной деятельности <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» 	<p>Не способен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работать с персональными данными лиц, в отношении которых проводится судебно-медицинская экспертиза, и сведениями, составляющими врачебную тайну; - применять правила информационной безопасности в профессиональной деятельности
ОПК-9.2	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» 	<p>Не способен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа

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 «выполнено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

Тестовые задания

Контролируемые индикаторы достижения компетенции: ОПК-1.1

1. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ДЛЯ ПОНЯТИЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ

1. мера неопределенности в состоянии, поведении наблюдаемых или управляемых объектов, в выборе управляющих решений
2. сведения об объектах и явлениях окружающей среды, их параметрах, свойствах и состояниях, которые уменьшают имеющуюся о них степень неопределенности, неполноты знаний
3. осмысленные и запомненные свойства предметов, явлений и связей между ними, а также способы выбора решений для достижения нужных результатов
4. совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели
5. совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных объектов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели

2. ВАЖНЕЙШИЕ СВОЙСТВА ИНФОРМАЦИИ:

1. объективность;
2. объективность, структурированность, полнота;
3. доступность;
4. важность;
5. полнота.

3. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:

1. однообразие источников данных;
2. интерпретируемость и однозначность;
3. большие объемы данных;
4. конфиденциальность, интерпретируемость и однозначность;
5. доступность.

4. К АВТОМАТИЗИРОВАННЫМ РАБОЧИМ МЕСТАМ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. системы, используемые медицинскими сестрами;
2. системы, используемые финансовыми службами ЛПУ;
3. системы, используемые фармакологами;
4. системы, используемые кадровыми службами ЛПУ;
5. системы, используемые службами безопасности ЛПУ.

5. В РФ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ ФУНКЦИЕЙ «ВЕДЕНИЕ БАЗЫ ДАННЫХ НОРМАТИВНО-СПРАВОЧНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ» ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ:

1. информационно-справочные ИС
2. медико-технологические ИС и информационно-справочные ИС;
3. обучающие ИС;
4. аналитические ИС;
5. мониторинговые ИС и аналитические ИС.

6. ДОСТУП К РЕСУРСАМ СЕТИ ИНТЕРНЕТ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ:

1. медико-технологические ИС;
2. информационно-справочные, статистические МИС и обучающие ИС;
3. статистические МИС;
4. научно-исследовательские МИС;
5. обучающие ИС.

7. СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИНЦИПОМ ПОСТРОЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. разработка МИС на основе инфологической модели предметной области, использование пациента в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС, использование ЛПУ в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС;
2. разработка МИС на основе функциональной модели предметной области, использование пациента в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС, использование ЛПУ в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС;
3. использование пациента в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС;
4. использование ЛПУ в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС;
5. разработка МИС на основе фрагментарной модели предметной области, использование пациента в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС, использование ЛПУ в качестве основной структурообразующей единицы накопления и хранения данных в МИС.

8. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ РАБОЧИХ МЕСТ (АРМ):

1. аппаратные средства;
2. программные средства;
3. аппаратные и программные средства, понятийный аппарат;
4. мультимедийные средства;
5. определённый вид деятельности, для автоматизации которой предназначен данный АРМ.

9. К ФУНКЦИЯМ АППАРАТНО- ПРОГРАММНЫХ АРМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. регистрация данных;
2. преобразование и анализ зарегистрированных данных;
3. представление и вывод полученных результатов в числовой, графической или текстовой форме;
4. постановка диагноза;
5. управление работой измерительного прибора.

10. К ОСНОВНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ К ИНТЕГРИРОВАННЫМ МИС НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. интеграция информационных потоков;
2. использование электронной цифровой подписи;
3. полнота охвата функций ЛПУ;
4. масштабируемость и переносимость;
5. надежность и отказоустойчивость системы.

11. К ЭТАПАМ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЛПУ ОТНОСЯТСЯ:

1. анализ требований и составление спецификации;
2. создание структурного проекта ИС ЛПУ;
3. создание процедурного проекта ИС ЛПУ;
4. выполнение проекта создания ИС ЛПУ;
5. создание структурного, процедурного и архитектурного проектов ИС ЛПУ.

12. К КРИТЕРИЯМ ВЫБОРА ГОТОВЫХ МИС ДЛЯ АВТОМАТИЗАЦИИ ЛПУ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. стоимость МИС;
2. сроки внедрения МИС;
3. наличие в ЛПУ специалистов по информационным технологиям;
4. полнота охвата МИС функций лечебного учреждения;
5. русификация.

13. ОСНОВНЫМИ ВИДАМИ РАЗВИТИЯ ИС ЛПУ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. эволюционный;
2. ситуационный;
3. функциональный;
4. процедурный;
5. эволюционный и революционный.

14. ВО ВНЕДРЕНИИ АВТОМАТИЗАЦИИ В ЛПУ ЗАИНТЕРЕСОВАНЫ:

1. пациенты;
2. пациенты и руководители ЛПУ;
3. руководители лечебных отделений;
4. контролирующие организации;
5. исполнители нижнего звена.

15. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ДЛЯ ПОНЯТИЯ СИСТЕМА БУДЕТ

1. мера неопределенности в состоянии, поведении наблюдаемых или управляемых объектов, в выборе управляющих решений
2. отображение сведений об окружающем мире и протекающих в нем процессах с помощью сообщений или зафиксированное на каком-нибудь материальном носителе
3. осмысленные и запомненные свойства предметов, явлений и связей между ними, а также способы выбора решений для достижения нужных результатов
4. совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели

16. БРАУЗЕРЫ – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. программы для работы с Web – сайтами в сети Интернет

17. ОБРАБОТКА ДАННЫХ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ НА НЕЗАВИСИМЫХ, НО СВЯЗАННЫХ МЕЖДУ СОБОЙ КОМПЬЮТЕРАХ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. распределённой
2. многоуровневой
3. сетевой
4. иерархической
5. многоцелевой

18. ОБЪЕКТЫ (НАПРИМЕР, ОТДЕЛЬНЫЕ КОМПЬЮТЕРЫ), ГЕНЕРИРУЮЩИЕ ИЛИ ПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. рабочими станциями
2. терминалами
3. абонентами сети
4. серверами
5. провайдерами

19. КОМПЬЮТЕРНАЯ СЕТЬ, ОБЪЕДИНЯЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЮ В КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ, АБОНЕНТОВ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ПРЕДЕЛАХ НЕБОЛЬШОЙ ТЕРРИТОРИИ (2-3 КМ) НАЗЫВАЕТСЯ:

1. глобальной
2. локальной
3. региональной
4. частной
5. общественной

20. КОМПЬЮТЕР, УПРАВЛЯЮЩИЙ РАБОТОЙ СЕТИ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИСТОЧНИКОМ РЕСУРСОВ СЕТИ И ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ЕЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ УСЛУГАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. рабочей станцией
2. коммуникатором
3. сервером
4. абонентом сети
5. терминалом

21. ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕР, ПОДКЛЮЧЕННЫЙ К СЕТИ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ ПОЛУЧАЕТ ДОСТУП К ЕЕ РЕСУРСАМ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. рабочей станцией
2. коммуникатором
3. сервером
4. абонентом сети
5. терминалом

22. КОМПЬЮТЕРНАЯ СЕТЬ С ОТСУТСТВИЕМ СПЕЦИАЛЬНО ВЫДЕЛЕННОГО СЕРВЕРА, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. одноуровневой
2. одноранговой
3. децентрализованной
4. централизованной
5. одноконтурной

23. ТЕКСТ ЭЛЕКТРОННОЙ СТРАНИЦЫ ИНТЕРНЕТА, СОДЕРЖАЩИЙ В СЕБЕ СВЯЗИ С ДРУГИМИ ТЕКСТАМИ, ГРАФИЧЕСКОЙ, ВИДЕО- ИЛИ ЗВУКОВОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. тезаурус
2. гипертекст
3. каталог
4. рубрикатор
5. ультратекст

24. ГИПЕРТЕКСТОВЫЕ ФАЙЛЫ ИНТЕРНЕТА ИМЕЮТ РАСШИРЕНИЕ:

1. rtf
2. doc

3. html
4. txt
5. pdf

25. К ГЕОГРАФИЧЕСКИМ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОКОНЧАНИЕ ДОМЕННЫХ АДРЕСОВ:

1. edu
2. us
3. net
4. com
5. gov

26. В АДРЕСЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСА [HTTP://WWW.LIB.SPTU.EDU/MAIN.HTML](http://www.lib.sptu.edu/main.html) ИМЯ ВЭБ-УЗЛА ПРЕДСТАВЛЕНО ЧАСТЬЮ:

1. http://
2. lib.sptu.edu
3. www.
4. main.html
5. http://www

27. ОПЕРАЦИОННАЯ СИСТЕМА – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. вспомогательные программы обслуживания дисков, архивации данных, защиты от вирусов

28. ДРАЙВЕРЫ – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. вспомогательные программы обслуживания дисков, архивации данных, защиты от вирусов

29. К СИСТЕМНЫМ ПРОГРАММАМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ ОТНОСЯТСЯ:

1. табличные процессоры
2. графические редакторы
3. текстовые редакторы
4. операционные системы
5. пакеты статистической обработки

30. К ПРИКЛАДНЫМ ПРОГРАММАМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. табличные процессоры
2. графические редакторы
3. текстовые редакторы
4. операционные системы

5. пакеты статистической обработки

31. ФАЙЛОВАЯ СИСТЕМА – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации
2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

32. ФАЙЛ – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации
2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

33. КАТАЛОГ (ПАПКА) – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации
2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

34. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА *.DOCX СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word
3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

35. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА *.XLSX СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word
3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

36. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА .JPG СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word

3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

37. ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ (ГИС) ХРАНЯТ ИНФОРМАЦИЮ О

1. данных космической медицины
2. географических медицинских открытиях прошлого
3. возможных географических медицинских открытиях будущего
4. изменениях климата
5. медицинских событиях в реальном мире

38. ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ (ГИС) МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. для анализа ресурсов здравоохранения
2. добычи полезных ископаемых
3. нужд пищевой промышленности
4. навигации спутников связи
5. для телемедицины

Контролируемые индикаторы достижения компетенции: ОПК-1.2

1. ЕДИНЫЕ СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПРАВИЛА ОБМЕНА ИНФОРМАЦИЕЙ МЕЖДУ КОМПЬЮТЕРАМИ В СЕТИ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. сетевой иерархией
2. сетевым протоколом
3. сетевыми коммуникациями
4. сетевой дисциплиной
5. сетевым управлением

2. ОСНОВНЫЕ УГРОЗЫ ДОСТУПНОСТИ ИНФОРМАЦИИ:

1. непреднамеренные ошибки пользователей
2. злонамеренное изменение данных
3. хакерская атака
4. отказ программного и аппаратного обеспечения
5. верны ответы 1 и 4

3. ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ – ЭТО СОСТОЯНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ, ПРИ КОТОРОМ ОНА, ...

1. с одной стороны, способна противостоять воздействию внешних и внутренних информационных угроз, а с другой – ее наличие и функционирование не создает информационных угроз для элементов самой системы и внешней среды
2. с одной стороны, способна противостоять воздействию внешних и внутренних информационных угроз, а с другой – затраты на её функционирование ниже, чем предполагаемый ущерб от утечки защищаемой информации
3. способна противостоять только информационным угрозам, как внешним так и внутренним
4. способна противостоять только внешним информационным угрозам
5. способна противостоять только внутренним сетевым информационным

угрозам

4. СЕРВИСЫ БЕЗОПАСНОСТИ:

1. идентификация и аутентификация
2. шифрование
3. инверсия паролей
4. идентификация и аутентификация, шифрование, контроль целостности
5. регулирование конфликтов

5. ЧТО ТАКОЕ «КОМПЬЮТЕРНЫЙ ВИРУС»?

1. это программы, предназначенные для работы с разными видами информации
2. это совокупность программ, находящихся на устройствах долговременной памяти
3. это программы, которые могут «размножаться» и скрытно внедрять свои копии в файлы, загрузочные секторы дисков и документы
4. это программы, предназначенные для создания резервных копий документов

6. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИВИРУСНЫХ ПРОГРАММ ПОД НАЗВАНИЕМ ДЕТЕКТОРЫ:

1. контроль возможных путей распространения компьютерных вирусов
2. обнаружение компьютерных вирусов
3. «излечение» зараженных файлов
4. уничтожение зараженных файлов

7. ПОНЯТИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. доступность информации
2. объективность информации
3. конфиденциальность информации
4. точность информации

8. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ДАННЫХ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

1. защиту от сбоев, ведущих к потере информации, а также неавторизованного создания или уничтожения данных
2. невозможность получения данных неуполномоченными лицами
3. возможность получения и использования данных по требованию уполномоченных лиц
4. качественную оценку данных с различных точек зрения

9. «ТРОЯНСКИЕ» ВИРУСЫ СЧИТАЮТСЯ САМЫМИ ОПАСНЫМИ, ПОТОМУ ЧТО ОНИ

1. перехватывают обращения операционной системы к пораженным файлам и подставляют вместо своего тела незараженные участки
2. изменяют содержимое загруженных в оперативную память файлов и содержатся в ASCII-текстах
3. маскируясь под полезную программу, разрушают загрузочный сектор и файловую систему дисков
4. распространяются по компьютерным сетям, вычисляют адреса сетевых компьютеров и записывают свои копии по этим адресам

10. ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ – ЭТО

1. комплекс мероприятий, направленных на обеспечение информационной безопасности
2. процесс разработки структуры базы данных в соответствии с требованиями пользователей
3. небольшая программа для выполнения определенной задачи

Контролируемые индикаторы достижения компетенции: ОПК-9.2

1. В КАЧЕСТВЕ ОФИЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:

1. медицинская запись на бумаге, собственноручно подписанная автором;
2. копия электронного документа из индивидуальной системы электронной истории болезни на бумажном носителе, подписанная автором;
3. электронная персональная медицинская запись, извлеченная из коллективного архива электронных персональных медицинских записей;
4. все ответы верны

2. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЗАПИСИ (ЭПМЗ) ЯВЛЯЕТСЯ:

1. идентификатор пациента;
2. идентификатор пациента, дата и время события, описываемого данной ЭПМЗ;
3. номер истории болезни или амбулаторной карты;
4. номер и серия паспорта пациента;
5. текст ЭПМЗ.

3. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛПУ, ДОСТУПНЫЕ ДЛЯ АНАЛИЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИС:

1. показатели, характеризующие процессы оказания медицинской помощи;
2. показатели результата (конечные результаты);
3. показатели эффективности лечения;
4. все ответы верны.

4. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ УСЛУГ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ:

1. расстояние
2. стоимость услуг
3. здоровье пациента
4. стаж лечащего врача
5. возраст пациента

5. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В РЕЖИМЕ OFF-LINE – ЭТО:

1. пересылка материалов для диагностики и заключений по электронной почте
2. пересылка материалов для диагностики и заключений курьером
3. пересылка материалов для диагностики и заключений заказным письмом
4. передача материалов для диагностики и заключений из рук в руки
5. консультация без передачи документов

6. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В РЕЖИМЕ ON-LINE – ЭТО:

1. предварительная персональная экспертная консультация
2. консультация лечащего врача и эксперта
3. консультации пациента с экспертом во время сеанса связи.
4. консультация пациента с родственниками
5. консультация лечащего врача с родственниками пациента

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Вы получили новый компьютер со склада. Компьютер предназначен для работы с больничной документацией (электронного документооборота в больнице нет) и для доступа в Интернет.

Выполните задания:

1. Перечислите, какой минимальный набор программ вы установите (ОПК-1.1, ОПК-9.2).
2. Приведите примеры программ, которые распространяются бесплатно или условно бесплатно (свободное программное обеспечение) (ОПК-1.1).

№ 2

Вы – сотрудник медицинского учреждения, использующего комплексную медицинскую информационную систему. Вам необходимо получить письменное согласие пациента на обработку его персональных данных. Пациент высказывает опасения по поводу безопасности хранения медицинской информации о нем в электронном виде.

Выполните задания:

1. Назовите аргументами, которыми Вы можете убедить пациента, что хранить информацию о пациенте в электронном виде безопаснее, чем в бумажном (ОПК-9.2).
2. Опишите, какие механизмы защиты персональных медицинских данных о пациенте реализованы в МИС (ОПК-1.2).

№ 3

Интернет, на сегодняшний день, представляет собой огромное скопление разнообразной информации, значительная часть которой является не достоверной.

Выполните задания:

1. Расскажите, какие сайты в Интернете содержат достоверную медицинскую информацию (ОПК-1.1).
2. Объясните, почему этим сайтам можно доверять (ОПК-1.1).
3. Найдите в Интернете не менее 6-ти профессиональных медицинских новостей за последний месяц (ОПК-1.1).

Ответ к задаче №3

1. Среди сайтов, предоставляющих доступ к базам данных, безусловным лидером является всем известный PubMed MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>). На сайте Medscape (<http://www.medscape.com/>) представлено большое количество журналов, доступ к которым предоставляется бесплатно после заполнения регистрационной формы. Портал Medbioworld (<http://www.medbioworld.com/>) является одной из наиболее полных коллекций ссылок на источники профессиональной медицинской информации в сети Интернет. Данный ресурс содержит более 25000 ссылок на медицинские журналы, профессиональные медицинские ассоциации, медицинские словари, нозологические базы данных, клинические испытания, руководства.
2. Им можно доверять, так как они являются специализированными порталами, предоставляющими профессиональную медицинскую информацию, которым доверяет весь мир.
3. Для поиска профессиональных медицинских новостей можно воспользоваться порталом Medbioworld (<http://www.medbioworld.com/>). На главной странице представлена ссылка на профессиональные медицинские новости. Зайти по ссылке и ознакомиться с последними новостями текущего месяца.

№ 4

Вы – практикующий врач. Вам необходимо закупить новое медицинское оборудование в поликлинику. Вы решили познакомиться с опытом коллег по работе с данным оборудовани-

ем. Необходимую информацию Вы нашли в научной статье, но доступ к ней оказался платным.

Выполните задания:

1. Опишите Ваши действия в данной ситуации (ОПК-1.1).
2. Перечислите критерии, по которым Вы можете оценить качество сайта, на котором была найдена научная статья (ОПК-1.1).

Ответ к задаче №4

1. В таком случае существует несколько вариантов:

- попытаться найти искомый журнал в каталоге ГЦНМБ (<http://www.scsml.rssi.ru/>) или других библиотек;
- воспользоваться услугами системы электронных библиотек (подробная информация по адресу <http://www.elibrary.ru/>);
- написать электронное письмо автору статьи с просьбой выслать репринт обычной или электронной почтой;
- оплатить доступ к полному тексту статьи, например, на официальном сайте журнала.

2. Критерии качества медицинских ресурсов, размещенных в Интернете:

1. Одна из страниц сайта содержит общую информацию о сайте (цель создания сайта и его характеристика; головная организация, учредители, редколлегия; источники финансирования; штат сотрудников).

2. Качество информации.

- Актуальность и новизна. Достоверность.
- Соответствие нормам этики.
- Преобладание информации нерекламного характера.
- Информация об авторах публикуемых материалов (Ф.И.О., профессия, ученое звание, место работы, должность, биография, e-mail).
- Ссылки на источники информации или указания на то, что информация является личным мнением автора в случае отсутствия ссылок.
- Соответствие представляемой информации критериям доказательной медицины.
- Отсутствие орфографических и грамматических ошибок.
- Тщательный подбор внешних гиперссылок на другие ресурсы сети Интернет.
- Регулярная проверка внешних и внутренних ссылок.
- Индикация даты последнего обновления содержания сайта.

3. Интерактивность.

- Наличие средств для высказывания комментариев, предложений, критики.

4. Удобство работы с сайтом.

- Форма поиска.
- Новости сайта.
- Раздел "Помощь по работе с сайтом".
- Карта сайта.
- Разумное количество графики.

№ 5

Вы составили научный литературный обзор 1 год назад. Теперь Вам нужно его актуализировать.

Выполните задания:

1. Опишите Ваши действия (ОПК-1.1).
2. Перечислите известные Вам основные функции расширенного поиска (ОПК-1.1).

Ответ к задаче №5

1. Необходимо взять разработанную формулу запроса и провести поиск за последние два года. Такая глубина необходима, поскольку запаздывающие журналы (русские, китайские), могут быть индексированы в MEDLINE с большим опозданием.

2. По местам поиска: по автору, изданию, дате публикации, теме исследования, заголовку, языку публикации, рубрике в БД и др. Логические операторы: AND, OR, NOT

№ 6

Основным сервисом для поиска медико-биологической информации в сети Интернет является Pubmed электронно-поисковая система, разработанная NLM (Национальной медицинской библиотекой США). Вам необходимо сделать обзор литературы за последние 5 лет на тему: «Этиология и патогенез бронхиальной астмы у детей младшего школьного возраста».

Выполните задания:

1. Найти сайт Pubmed (ОПК-1.1).
2. С помощью рубрикатора MeSH конкретизировать запрос (ОПК-1.1).
3. Установить ограничения по поиску указанные в задании (возраст пациентов и глубина обзора) (ОПК-1.1).

Ответ к задаче №6

1. - Найдите с помощью любой поисковой системы сайт Pubmed., для чего введите в окно поиска слово Pubmed и нажмите клавишу «Enter»
- Зайдите на главную страницу <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> введите в окно поискового запроса ключевые слова на английском языке и нажмите на кнопку Search(искать)
2. - Затем в окне Search выберите рубрикатор MeSH и еще раз нажмите на кнопку Search(искать). Перед вами откроется следующая страница, на которой вам необходимо отметить необходимые по заданию рубрики, поставив галочки в соответствующих окошках (**etiology** и **pathology**). Обратите внимание на то, что в окне Display(отображение) должно быть указано Full(полное).
- В окне Send to(отправить в) необходимо выбрать Search Box with And
- В окне поиска появится ваш запрос, который вы отправите искать в PubMed, нажав кнопку Search PubMed.
3. - После того, как в окне браузера появятся результаты поиска, вы должны установить необходимые ограничения (Limits)
- Для этого необходимо установить галочки в соответствующих окошках

№ 7

Вы – практикующий врач, который решил создать электронную базу данных о своих пациентах с информацией о проведенных анализах, операциях, аллергических реакций и других данных. Вся информация хранится у Вас в нескольких таблицах базы данных.

Выполните задания:

1. Опишите Ваши действия, чтобы облегчить ввод информации о новых пациентах (ОПК-1.1, ОПК-9.2).
2. Опишите Ваши действия, чтобы обновить имеющиеся данные о постоянных пациентах (ОПК-1.1, ОПК-9.2).

Ответ к задаче №7

1. Нужно создать несколько форм: а) форма ввода информации о новых пациентах, личные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, место работы и т.д. б) форма заполнения анализов пациентов, аллергических реакций, т.д.
2. Обновить данные можно посредством таблицы или формы.

№ 8

Вы работаете хирургом уже 5 лет, и на протяжении этого времени Вы ведете электронную базу данных о проведенных Вами операциях, исходах этих операций. Вас попросили предоставить статистические данные о проделанной Вами работе за 5 лет.

Выполните задания:

1. Назовите объект баз данных, которым можно воспользоваться (ОПК-1.1, ОПК-9.2).
2. Поясните, можно ли в этом случае использовать MS Word (ОПК-1.1).

Ответ к задаче №8

1. Поскольку вся информация о деятельности врача хранится в базе данных, достаточно создать отчет, который бы включал в себя данные о количестве операций, проведенных врачом за это время, положительных исходах и отрицательных, а также о причинах.

2. Можно экспортировать отчет в MS Word в формат rtf, который позволяет вносить дополнительные коррективы в документ.

№ 9

Ниже представлены определения некоторых понятий:

- Сведения о лицах, предметах, фактах, событиях, явлениях и процессах независимо от формы представления.
- Факты, цифры, и другие сведения о реальных и абстрактных лицах, предметах, объектах, явлениях и событиях, соответствующих определенной предметной области, представленные в цифровом, символьном, графическом, звуковом и любом другом формате.
- Вид информации, отражающей знания, опыт и восприятие человека - специалиста (эксперта) в определенной предметной области.
- Множество всех текущих ситуаций в объектах данного типа и способы перехода от одного описания объекта к другому.
- Информация, представленная в виде, пригодном для ее передачи и обработки автоматическими средствами, при возможном участии автоматизированными средствами с человеком.
- Данные, определенным образом организованные, имеющие смысл, значение и ценность для своего потребителя и необходимая для принятия им решений, а также для реализации других функций и действий.

Выполните задания:

1. Сопоставьте термины – данные, информация, знания с определениями, приведенными выше (ОПК-1.1).
2. Приведите примеры данных, информации, знаний (ОПК-1.1).

Ответ к задаче № 9

1. Данные - факты, цифры, и другие сведения о реальных и абстрактных лицах, предметах, объектах, явлениях и событиях, соответствующих определенной предметной области³, представленные в цифровом, символьном, графическом, звуковом и любом другом формате; информация, представленная в виде, пригодном для ее передачи и обработки автоматическими средствами, при возможном участии автоматизированными средствами с человеком.

Информация - данные, определенным образом организованные, имеющие смысл, значение и ценность для своего потребителя и необходимая для принятия им решений, а также для реализации других функций и действий; сведения о лицах, предметах, фактах, событиях, явлениях и процессах независимо от формы представления.

Знания - вид информации, отражающей знания, опыт и восприятие человека - специалиста (эксперта) в определенной предметной области; множество всех текущих ситуаций в объектах данного типа и способы перехода от одного описания объекта к другому.

2. Данные – 198, А.

Информация – электрокардиограмма.

Знания – накопленный опыт, который может быть выделен и представлен в форме методик, инструкций, руководств, рекомендаций к действию.

№ 10

По электронной почте Вам пришло сообщение, с прикрепленной к нему картинкой, на которой изображен японский иероглиф.

Выполните задания:

1. Содержит ли для Вас данное сообщение информацию? Для кого данное сообщение может содержать какую либо информацию? Почему? (ОПК-1.1)
2. Объясните, что понимают под термином «информация» применительно к компьютерной обработке данных (ОПК-1.1)

Ответ к задаче № 10

1. Одно и то же информационное сообщение (статья в газете, объявление, письмо, телеграмма, справка, рассказ, чертёж, радиопередача и т.п.) может содержать разное количество информа-

ции для разных людей — в зависимости от их предшествующих знаний, от уровня понимания этого сообщения и интереса к нему.

Так как сообщение составлено на японском языке, то для Вас оно не несёт никакой информации как для человека, не знающего этого языка. Но это же сообщение может быть высокоинформативным для человека, владеющего японским.

2. Применительно к компьютерной обработке данных под «информацией» понимают некоторую последовательность символических обозначений (букв, цифр, закодированных графических образов и звуков и т.п.), несущую смысловую нагрузку и представленную в понятном компьютеру виде. Каждый новый символ в такой последовательности символов увеличивает информационный объём сообщения.

№ 11

Представлена база данных пациентов:

<i>Фамилия пациента</i>	<i>Имя пациента</i>	<i>Отчество пациента</i>	<i>Год рождения</i>
Чернов	Александр	Андреевич	1988
Петров	Иван	Кириллович	1975
Черкашин	Антон	Анатолевич	1985
Чернов	Александр	Андреевич	1980

В записях базы данных присутствуют однофамильцы.

Выполните задания:

1. Какое(ие) поле(я) нужно добавить к структуре базы данных для уникальной идентификации пациентов?
2. Какому типу данных будет соответствовать это(и) поле(я)?

Ответ к задаче №11

1. В медицинской базе данных подобным полем может быть поле «Номер истории болезни» или «ID» (идентификационный номер).
2. Полю «Номер истории болезни» будет соответствовать числовой тип данных (длинное целое). Для уникальной идентификации записей полю необходимо назначить свойство «Ключевое».

№ 12

Дана структура таблицы «Список пациентов»:

Список пациентов

Код	ФИО пациента	Дата приёма	Код врача	Код диагноза
------------	-------------------------	------------------------	----------------------	-------------------------

Выполните задания:

1. Заполните эту таблицу (ОПК-1.1, ОПК-9.2)
2. Создайте и заполните таблицу «Список врачей» (ОПК-1.1, ОПК-9.2):

Список врачей

Код	ФИО врача	Должность	№ кабинета
------------	----------------------	------------------	-------------------

3. Свяжите полученные таблицы так, чтобы данные в столбце «Код врача» содержали ФИО врача, которые можно выбрать только из списка, а не вбивать вручную (ОПК-1.1, ОПК-9.2).

№ 13

Дана структура таблицы «Список пациентов»:

Список пациентов

Код	ФИО	Дата	Код	Код
------------	------------	-------------	------------	------------

пациента приёма врача диагноза

Выполните задания:

1. Заполните эту таблицу (ОПК-1.1, ОПК-9.2)
2. Создайте и заполните таблицу «Список болезней» (ОПК-1.1, ОПК-9.2)

Список болезней

Код	Название болезни	Сокращенное название болезни
------------	-----------------------------	---

3. Свяжите таблицы «Список пациентов» и «Список болезней» таким образом, чтобы «Код диагноза» содержал название болезни, причём один врач может поставить в диагнозе несколько болезней (ОПК-1.1, ОПК-9.2)

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

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 (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.3

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенций	Этапы формирования
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан.	1 год обучения
	ОПК-2.2. Применяет основные принципы организации и управления в сфере оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	1 год обучения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистической информации.	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-2.	ОПК-2.1.	Знать: - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях кардиологического профиля; - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;	Комплекты: 1. тестовых заданий 2. практико-ориентированных заданий	Зачет, 1 год обучения

		<p>- основы управления коллективом в медицинской организации.</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения; - работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности. 		
	ОПК-2.2.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - основные медико-статистические показатели, применяемые в оценке качества оказания медицинской помощи. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности; - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации; - применять критерии качества медицинской помощи и исполь- 		

		<p>зовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современными методами оценки качества медицинской помощи. 		
ОПК-9	ОПК-9.1.	<p>Знать:</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>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности. 		

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

Контроль ОПК-9 (ОПК-9.1)

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

Контроль ОПК-2 (ОПК-2.1, ОПК-2.2)

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. Федеральным 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 заданий.

2.2.1. Содержание

Вариант практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье ОПК-9 (ОПК-9.1)

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:

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?

Блок 2. Организация здравоохранения

ОПК-2 (ОПК-2.1, ОПК-2.2)

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

Практические навыки оценивают отметками «выполнено», «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-2.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения; - работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирую- 	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения;

	<p>щими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности. 	<ul style="list-style-type: none"> - работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации, <u>даже под руководством преподавателя.</u>
ОПК-2.2	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности; - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современными методами оценки качества медицинской помощи. 	<p>Умеет <u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности; - адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи, <u>даже под руководством преподавателя</u>
ОПК-9.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; 	<p>Умеет <u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности;

	<p>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</p> <p>Владеет:</p> <p>- методиками расчета и анализа основных показателей здоровья;</p> <p>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</p>	<p>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру;</p> <p>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</p> <p>, <u>даже под руководством преподавателя</u></p>
--	---	---

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Количество практик-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практик-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практик-ориентированному заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

2.3. Критерии получения студентом зачета (зачета с оценкой) по дисциплине (модулю)

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-2.1

1. 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.

2. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

1. проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и фактора окружающей среды, оказывающего наибольшее влияние;
2. многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости;
3. многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;
4. оценка показателей естественного движения населения;
5. оценка показателей общей смертности и инвалидности.

3. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

1. генетические
2. природно-климатические

3. уровень и образ жизни населения
4. уровень, качество и доступность медицинской помощи
5. все вышеперечисленное

4. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье человека, является:

1. образ жизни;
2. состояние окружающей среды;
3. организация медицинской помощи;
4. биологический фактор;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

5. Группами факторов риска, в соответствии с классификацией ВОЗ, являются:

1. образ жизни, качество медицинской помощи;
2. образ жизни, качество медицинской помощи, социальная политика государства;
3. образ жизни, среда обитания, качество медицинской помощи, социальная политика государства;
4. образ жизни, среда обитания, наследственность, качество медицинской помощи;
5. образ жизни, среда обитания, наследственность, качество медицинской помощи, социальная политика государства.

6. К социально-биологическим факторам риска принято относить:

1. стиль и образ жизни;
2. экологические проблемы, загрязнение окружающей среды;
3. условия труда и отдыха;
4. качество и доступность медицинской помощи;
5. возраст, пол.

7. К вторичным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний принято относить:

1. курение;
2. неправильное питание, связанное с избыточным употреблением соли;
3. гиподинамия;
4. холестеринемия;
5. все вышеперечисленное.

8. Организационные принципы формирования групп риска среди населения включают в себя:

1. проведение эпидемиологических исследований;
2. разработку карт обследования с перечнем факторов, достоверно увеличивающих риск заболеваемости;
3. определение комплекса методов углубленного обследования лиц группы высокого риска;
4. обеспечение активного диспансерного наблюдения отобранных контингентов;
5. все вышеперечисленное.

9. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается:

1. разработкой и реализацией программ формирования здорового образа жизни;
2. осуществлением санитарно-противоэпидемических мероприятий;
3. осуществлением мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний;
4. проведением профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
5. всем вышеперечисленным.

10. Предупреждение обострений имеющихся хронических заболеваний, осложненных и хронизации острых заболеваний является важнейшим компонентом:

1. первичной профилактики;
2. вторичной профилактики;
3. третичной профилактики;
4. первичной и вторичной профилактики;
5. первичной, вторичной и третичной профилактики.

11. Эффективность мероприятий первичной и вторичной профилактики определяется в первую очередь:

1. снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста;
2. снижением заболеваемости и смертности у детей и подростков;
3. снижением заболеваемости и смертности у лиц пожилого возраста;
4. рациональностью финансовых вложений в систему здравоохранения;
5. рациональностью распределения кадровых ресурсов в системе здравоохранения.

12. Причинами смерти, занимающими три первых ранговых места в структуре смертности населения Российской Федерации, в настоящее время являются:

1. болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, внешние причины;
2. болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, внешние причины;
3. инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
4. болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины;
5. болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

13. Причинами инвалидности, занимающими три первых ранговых места в структуре первичной инвалидности населения Российской Федерации, являются:

1. болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни крови;
2. болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы;
3. инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
4. болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования; болезни костно-мышечной системы;
5. болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

14. Причинами инвалидности, занимающими три первых ранговых места в структуре первичной инвалидности среди детского населения в Российской Федерации, являются:

1. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы;
2. болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения;
3. болезни органов пищеварения; болезни системы кровообращения; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
4. болезни мочеполовой системы; психические расстройства и расстройства поведения; болезни органов пищеварения.
5. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; болезни органов пищеварения; болезни системы кровообращения.

15. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной заболеваемости и смертности:

1. только в странах – членах ВОЗ;

2. во всех странах мира;
3. только в развивающихся странах;
4. только в странах Европейского региона;
5. только в Российской Федерации.

16. Различия между развитыми и развивающимися странами фиксируются, прежде всего, по уровню заболеваемости:

1. инфекционными и паразитарными заболеваниями;
2. осложнений беременности, родов и послеродового периода;
3. сердечно-сосудистыми заболеваниями;
4. онкологическими заболеваниями;
5. травм и отравлений.

17. Медицинские осмотры позволяют выявить:

1. первичную заболеваемость;
2. общую заболеваемость;
3. накопленную заболеваемость;
4. патологическую пораженность;
5. истощенную заболеваемость.

18. Первичная медико-санитарная помощь может оказываться гражданам:

1. только в амбулаторных условиях;
2. только в условиях дневного стационара;
3. в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
4. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации;
5. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации, в условиях круглосуточного стационара.

19. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин имеет право выбрать медицинскую организацию:

1. кратность не установлена;
2. не чаще, чем один раз в полгода;
3. не чаще чем один раз в год;
4. не чаще, чем один раз в пять лет;
5. данное право законодательством не предусмотрено;

20. Специализированная медицинская помощь может оказываться гражданам:

1. только в стационарных условиях;
2. только в условиях дневного стационара;
3. в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
4. в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации;
5. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации, в условиях круглосуточного стационара.

21. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь может оказываться гражданам:

1. только вне медицинской организации;
2. вне медицинской организации и в амбулаторных условиях;
3. в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;

4. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара;
5. вне медицинской организации, в амбулаторных и стационарных условиях.

22. 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.

23. Критериями разграничения экстренной и неотложной помощи является:

1. срочность;
2. угроза для жизни пациента;
3. внезапность возникновения заболевания (состояния);
4. наличие осложнений;
5. обострение хронического заболевания

24. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан осуществляется в рамках:

1. первичной медико-санитарной помощи;
2. специализированной медицинской помощи;
3. скорой медицинской помощи;
4. скорой специализированной медицинской помощи;
5. паллиативной медицинской помощи;

25. Согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законом является:

1. необходимым условием проведения любого медицинского вмешательства;
2. необходимым условием только при оперативном вмешательстве;
3. необходимым условием проведения только лечебных, диагностических и профилактических процедур;
4. желательным условием проведения медицинского вмешательства;
5. необязательным условием проведения медицинского вмешательства.

26. Врач должен получать согласие на медицинское вмешательство у самого несовершеннолетнего пациента:

1. с 14 лет;
2. с 15 лет;
3. с 18 лет;
4. несовершеннолетние пациенты не имеют права на согласие;
5. законом это не установлено.

27. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних до 15 лет дает:

1. один из родителей несовершеннолетнего;
2. оба родителя несовершеннолетнего;
3. любой член семьи несовершеннолетнего при условии совместного проживания;
4. представитель образовательного учреждения, которое посещает несовершеннолетний;
5. сам несовершеннолетний.

28. 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.

29. Законным основанием предоставления пациенту информации о состоянии его здоровья является:

1. необходимость информирования о неблагоприятном прогнозе заболевания;
2. тяжесть состояния пациента;
3. просьба или требование пациента;
4. просьба родственников пациента;
5. оснований не существует.

30. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться одному из близких родственников пациента при условии:

1. если пациент не запретил сообщать им об этом;
2. если пациент находится без сознания;
3. если пациент является иностранным гражданином;
4. если пациент письменно отказался от получения информации лично;
5. подобных условий законодательством не предусмотрено.

31. Имеет ли пациент право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья:

1. да;
2. нет;
3. только с письменного разрешения лечащего врача;
4. только с письменного разрешения заведующего отделением;
5. только в исключительных ситуациях.

32. Пациент имеет право получать копии и выписки из медицинских документов:

1. на основании устной просьбы, высказанной лечащему врачу;
2. на основании письменного заявления на имя руководителя медицинской организации;
3. на основании письменного заявления на имя руководителя органа управления здравоохранением;
4. только на основании решения суда;
5. по любому из перечисленных оснований.

33. Передача сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения научных исследований и в учебных целях, допускается:

1. с согласия пациента;
2. без согласия пациента, если этого требуют интересы науки и учебный процесс;
3. по согласованию с администрацией медицинской организации без получения согласия пациента;
4. в медицинских учреждениях, имеющих статус клиник;
5. передача этих сведений не допускается ни при каких обстоятельствах.

34. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется:

1. по направлению лечащего врача;

2. по направлению врачебной комиссии;
3. по направлению руководителя медицинской организации;
4. при самостоятельном обращении пациента;
5. порядок определяется локальным нормативным актом медицинской организации.

35. 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".

36. Лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения:

1. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент нарушает внутренний распорядок медицинской организации;
2. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент написал необоснованную жалобу на врача;
3. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
4. без каких либо условий;
5. данное право лечащего врача законодательством не установлено.

37. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации:

1. имеет право отказать пациенту в его просьбе;
2. должен содействовать выбору пациентом другого врача в установленном приказом Минздрава России порядке;
3. должен направить пациента в департамент здравоохранения субъекта для решения вопроса;
4. должен направить пациента в ближайшую к его месту жительства (пребывания) медицинскую организацию для прикрепления к другому врачу;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

38. Имеет ли гражданин право на отказ от профилактических прививок:

1. да;
2. нет;
3. только по согласованию с лечащим врачом;
4. только по согласованию с заведующим поликлиникой;
5. только по согласованию с главным санитарным врачом.

39. Имеет ли пациент право отказаться от участия в клинических исследованиях лекарственных средств:

1. да, но только до начала исследования;
2. да, но только до оформления письменного согласия на участие в исследованиях;
3. да, но только до оформления договора медицинского страхования на случай; неблагоприятных последствий для здоровья;
4. да, на любой стадии клинических исследований;
5. законом это право не установлено.

40. В соответствии с ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под процедурой аккредитации специалиста понимается:

1. процедура определения соответствия лица, получившего медицинское образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности;
2. процедура получения разрешения на осуществление медицинской деятельности;
3. процедура подтверждения квалификационной категории;
4. процедура совершенствования знаний, умений и навыков специалиста по определенной медицинской специальности;
5. понятие аккредитации отсутствует в указанном федеральном законе.

41. Аккредитация специалиста проводится:

1. ежегодно;
2. не реже одного раза в пять лет;
3. не чаще одного раза в пять лет;
4. в любой период времени, в зависимости от выбранной специальности;
5. частота проведения аккредитации нормативно не установлена.

42. 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.

43. Объектом обязательного медицинского страхования (ОМС) является:

1. гражданин Российской Федерации;
2. застрахованный;
3. гражданин, нуждающийся в оказании медицинской помощи;
4. медицинская услуга;
5. страховой риск.

44. Страховой риск при обязательном медицинском страховании связан с:

1. наступлением инвалидности;
2. несчастным случаем на производстве;
3. случаем временной нетрудоспособности;
4. необходимостью получения медицинской помощи;
5. со всем вышеперечисленным.

45. Не является застрахованным в системе ОМС:

1. гражданин, работающий по трудовому договору;
2. индивидуальный предприниматель;
3. неработающий гражданин;
4. иностранный гражданин, работающий на территории Российской Федерации;
5. военнослужащий.

46. Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи в рамках ОМС, является:

1. договор обязательного медицинского страхования;
2. договор добровольного медицинского страхования;
3. полис обязательного медицинского страхования;
4. договор о финансовом обеспечении ОМС;
5. соглашение о долевом участии в финансировании медицинской помощи.

47. Какое из прав застрахованных указано ошибочно:

1. право на обязательное и добровольное медицинское страхование;
2. право на выбор лечебного учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
3. право на получение медицинской помощи по страховому полису на всех территории России, в том числе за пределами постоянного места жительства;
4. право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации (СМО), независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
5. право на возвратность части страховых взносов при обязательном медицинском страховании, если это предусмотрено условиями договора.

48. Страховые платежи на обязательное медицинское страхование неработающих граждан осуществляются:

1. из средств федерального фонда ОМС;
2. из средств территориального фонда ОМС;
3. из средств страховой медицинской организации;
4. из средств бюджета субъекта Российской Федерации;
5. из средств медицинской организации.

49. 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. оценку 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.

50. При формировании Территориальной программы государственных гарантий учитывают:

1. порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
2. адрес проживания, пребывания пациента;
3. ориентировочные сроки временной нетрудоспособности;
4. среднюю заработную плату медицинского персонала;
5. уровень инвалидности в регионе.

51. Территориальная программа ОМС является составной частью:

1. Государственной программы «Развитие здравоохранения»;
2. Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
3. Программы государственных гарантий;
4. государственной программы «Доступная среда»;
5. Территориальной программы по развитию здравоохранения региона.

52. 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.

53. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств:

1. областного бюджета;
2. обязательного медицинского страхования;
3. федерального бюджета;
4. личных средств граждан;
5. всех вышеперечисленных средств.

54. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется в рамках:

1. государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
2. федерального контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
3. ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
4. регионального контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
5. внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

55. Срок действия лицензии на осуществление медицинской деятельности:

1. один год;
2. три года;
3. пять лет;
4. десять лет;
5. бессрочно.

56. Основным методическим подходом к решению задач в области организации здравоохранения является:

1. статистический анализ состояния здоровья населения
2. системный управленческий подход
3. изучение общественного мнения
4. решение кадровых вопросов
5. решение финансовых вопросов

57. Основным критерием эффективного управления с точки зрения менеджмента является:

1. использование руководителем преимущественно демократического стиля руководства;
2. благоприятный социально-психологический климат в коллективе;
3. авторитетность руководителя у подчиненных, коллег и вышестоящего руководства;
4. степень достижения организацией поставленных целей;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

58. Наиболее сложными для управления являются:

1. финансовые ресурсы;
2. информационные ресурсы;
3. кадровые ресурсы;

4. экономические ресурсы;
5. материальные ресурсы.

59. Манера поведения руководителя по отношению к подчиненным с целью побудить их к приложению трудовых усилий называется:

1. метод управления;
2. манера управления;
3. принцип управления;
4. стиль управления;
5. функция управления.

60. Наиболее оптимальным стилем управления является:

1. авторитарный;
2. демократический;
3. либеральный;
4. попустительский;
5. в работе эффективного руководителя в той или иной степени присутствует каждый из трех стилей руководства в зависимости от ситуации и иных факторов.

61. Когда возникает необходимость управления?

1. При желании производить товары и услуги.
2. При объединении людей для совместной деятельности.
3. При наличии собственности.
4. При определении стратегии развития предприятия.
5. При определении стратегии и тактики предприятия.

62. Какие существуют виды источников персонала для медицинской организации?

1. Первичные и вторичные.
2. Основные и дополнительные.
3. Прямые и косвенные.
4. Внутренние и внешние.
5. Все вышеперечисленное верно.

63. Под текучестью персонала в организации понимается

1. все виды увольнений из организации;
2. увольнение по собственному желанию
3. увольнения по собственному желанию и инициативе работодателя как мере дисциплинарного взыскания;
4. увольнения по инициативе работодателя по любым основаниям;
5. увольнение по собственному желанию и по сокращению штатов.

64. Международная классификация болезней МКБ-10 является:

1. законодательным документом;
2. единым международным нормативным документом для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении;
3. инструктивным документом;
4. методическим средством для обеспечения автоматизации основных управленческих и планово-нормативных работ;
5. всем вышеперечисленным.

65. Целью применения МКБ-10 является:

1. предоставление возможностей для систематизации знаний и данных о состоянии системы здравоохранения в разных странах мира в разное время;
2. предоставление возможностей для систематизации знаний и данных о смертности и заболеваемости в разных странах в разное время;
3. предоставление возможностей для систематизации знаний и данных о смертности и заболеваемости, а также о состоянии системы здравоохранения в разных странах в разное время;
3. унификация счетов на оплату медицинской помощи и систематизация финансовых потоков в разных странах в разное время;
4. все вышеперечисленное является целями использования МКБ-10;
5. цель использования МКБ-10 определяется индивидуально по каждой стране.

66. В классификации МКБ-10 статистические данные объединены в следующие группы:

1. эпидемические и неэпидемические болезни;
2. эпидемические болезни; конституциональные или общие болезни;
3. эпидемические болезни; конституциональные или общие болезни; местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
4. эпидемические болезни; конституциональные или общие болезни; местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации; болезни, связанные с развитием;
5. эпидемические болезни; конституциональные или общие болезни; местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации; болезни, связанные с развитием; травмы.

Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-2.2

1. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации устанавливаются на уровне:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

2. Порядок оказания медицинской помощи включает в себя:

1. этапы оказания помощи, стандарт оснащения подразделений, штатные нормативы;
2. перечень медицинских услуг;
3. виды лечебного питания;
4. перечень лекарственных средств;
5. критерии качества медицинской помощи.

3. Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1. только медицинских услуг;
2. только медицинских услуг и лекарственных препаратов (с указанием средних доз)
3. медицинских услуг, лекарственных препаратов, видов лечебного питания;
4. медицинских услуг, лекарственных препаратов и всех используемых медицинских изделий;
5. стандарта оснащения подразделений, штатные нормативы.

4. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются:

1. в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению лечащего врача;
2. в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии;
3. в случае наличия социальных показаний (инвалидность, отнесение к малоимущим) по решению лечащего врача;
4. в случае наличия социальных показаний (инвалидность, отнесение к малоимущим) по решению врачебной комиссии;
5. не допускается в любом случае.

5. 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.

6. Какой из нижеперечисленных критериев доступности медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
2. обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
3. обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
4. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей;
5. доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Является ли наличие в медицинской документации «информированного добровольного согласия» критерием оценки качества медицинской помощи?

1. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.
2. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях.
3. Является, но только в случае утверждения данного требования локальным нормативным актом медицинской организации.
4. Является в любом случае.
5. Не является.

11. Что включает в себя такой критерий оценки качества медицинской помощи, как «установление клинического диагноза» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях?

1. Достаточно только наличия клинического диагноза в медицинской документации.
2. Необходимо не только установление в течение 10 дней с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации.
3. Необходимо не только установление в течение 1 месяца с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации,
4. Установление клинического диагноза в течение 24 часов с момента обращения.
5. Установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента обращения.

12. Какие сроки установления клинического диагноза установлены как критерии оценки качества медицинской помощи в стационарных условиях?

1. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 12 часов с момента поступления пациента в приемное отделение.
2. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
3. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
4. Установление клинического диагноза в течение 5 дней с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации.
5. Сроки нормативно не установлены.

13. В случае выявления нарушений 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.

14. Экономическая сущность финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям при выявлении нарушений при оказании медицинской помощи в рамках ОМС, заключается в:

1. неоплате или неполной оплате оказанной медицинской помощи;
2. форме возмещения материального и (или) морального вреда, причиненного пациенту;
3. административном взыскании должностному лицу;
4. увеличении налогооблагаемой базы;
5. возмещении убытков страховой медицинской организации.

Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-9.1

1. 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.

2. Показателями, характеризующими естественное движение населения, являются:

1. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, ожидаемая продолжительность жизни;
2. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, заболеваемость, инвалидность;
3. смертность, летальность, ожидаемая продолжительность жизни;
4. патологическая пораженность, заболеваемость;
5. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, миграция.

3. Основным методом изучения показателей естественного движения населения является:

1. перепись населения;
2. текущая регистрация случаев смерти и рождения;
3. социологический опрос населения;
4. выборочное демографическое исследование;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

4. Из количественных критериев уровня общественного здоровья населения главным показателем здоровья нации является показатель:

1. уровня детской смертности;
2. трудового потенциала населения;

3. ожидаемой продолжительности жизни;
4. младенческой смертности;
5. перинатальной смертности.

5. Тип возрастного состава населения, при котором доля детей в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше называется:

1. прогрессивный;
2. регрессивный;
3. стационарный;
4. амбулаторный;
5. старый.

6. Основным методом изучения образа жизни является:

1. наблюдение;
2. анкетирование;
3. тестирование;
4. выкопировка данных из первичной медицинской документации;
5. анализ результатов медицинского осмотра.

7. Совокупность всех первичных обращений в медицинской организации в течение года относится к понятию:

1. заболеваемость;
2. распространенность заболеваний;
3. патологическая пораженность;
4. обращаемость;
5. статика населения.

8. Количественным показателем заболеваемости является:

1. средняя продолжительность лечения;
2. средняя длительность пребывания больного в стационаре;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

9. Качественным показателем заболеваемости является:

1. средняя продолжительность лечения;
2. кратность заболеваний в год;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

10. Удельный вес болезней органов дыхания в городе А. составляет 32%, а в городе В. – 22% среди всех заболеваний. Можно ли утверждать, что в городе В. эти заболевания встречаются реже?

1. можно, так как данные показатели характеризуют частоту патологии;
2. можно, так как процент заболеваний в городе В. явно ниже;
3. можно, так как данные показатели характеризуют распространенность заболеваний;
4. нельзя, так как неизвестно общее число заболеваний в каждом городе, принятое за 100%;
5. нельзя, так как неизвестны ошибки данных показателей.

11. Показателями использования коечного фонда являются:

1. выполнение плана койко-дней и показатели летальности;
2. показатели оборота койки, средней занятости койки и больничной летальности;
3. показатели оборота койки и среднегодовой занятости койки;
4. показатели летальности и хирургической активности;
5. любой из вышеперечисленных показателей.

12. Каким показателем измеряется объем потребности населения в амбулаторной – поликлинической помощи?

1. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике;
2. функция врачебной должности;
3. среднее число посещений в поликлинику на одного жителя в год;
4. численность обслуживаемого населения;
5. доля лиц, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу хронического заболевания.

13. Что понимается под потребностью населения в госпитализации?

1. число коек на определенную численность населения;
2. доля населения, нуждающегося в госпитализации;
3. число госпитализированных за год больных;
4. число врачебных должностей стационара на определенную численность населения;
5. доля населения, высказавшая желание госпитализироваться для прохождения обследования и лечения, по данным опроса.

14. Средние нормативы объемов медицинской помощи по базовой программе ОМС определяются:

1. в расчете на одного жителя;
2. в расчете на одного застрахованного;
3. в расчете на одного работающего;
4. в расчете на одного неработающего;
5. в расчете на десять тысяч населения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2020-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%

Выполните задания:

1. Определите, к какой группе показателей относятся указанные данные (ОПК-9.1).
2. Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ (ОПК-9.1).

При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

6. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
7. Рисунок должен иметь номер.

8. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
9. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
10. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

№ 2

Выполните задания: 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) (ОПК-9.1).

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:

6. Таблица должна иметь номер.
7. 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.
8. Макет таблицы должен быть замкнутый.
9. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
10. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

№ 3

Выполните задания: 1. 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 (ОПК-9.1):

Класс	Абсолютное число	Абсолютное число
-------	------------------	------------------

заболеваний	обращений (город А)	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

2. Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы (ОПК-9.1).

№ 4

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе N. за последние 5 лет представлена следующим образом: 2017 г. – 285,0; 2018 г. – 327,7; 2019 г. – 304,5; 2020 г. – 309,5; 2021 г. – 310,8 на 100 000 населения. В 2021-м году было зарегистрировано 8797 новых случаев онкозаболеваний. В этом же году при профилактических осмотрах были выявлены 1055 больных онкозаболеваниями.

Выполните задания:

1. Охарактеризуйте заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе N (ОПК-2.1).
2. Объясните динамику показателя заболеваемости (ОПК-9.1).
3. Объясните, в чем заключается первичная и вторичная профилактика онкопатологии (ОПК-2.1).
4. Назовите возможные причины несвоевременного выявления злокачественных новообразований (ОПК-2.2).

№ 5

В 2020-м году численность взрослого населения области составила 1040752 человек. Зарегистрировано болезней системы кровообращения (БСК) всего – 197477, в том числе:

гипертонической болезни – 76844
 ИБС – 39983
 ЦВБ – 58239
 Хронической ревматической болезнью – 1590

Выполните задания:

1. Рассчитайте показатель заболеваемости взрослого населения гипертонической болезнью в области (ОПК-9.1).
2. Изобразите графически структуру заболеваемости БСК (ОПК-9.1).
3. Представьте анализ полученных данных (ОПК-9.1).
4. Оцените изменение показателя заболеваемости по сравнению с 2019-м годом при условии, что он составил 205,98 ‰ (ОПК-9.1).

№ 6

В районе А с численность населения 75000 за год умерло 743 человека, в районе Б, численность населения которого составила 89000, умерло 820 человек. Возрастно-половой состав проживающих в двух районах был примерно одинаковым.

Выполните задания:

Требуется определить, отличаются ли уровни смертности в названных районах и отобразить их доверительные границы (ОПК-9.1).

№ 7

В г. N. проживает 100 000 человек, за последние годы отмечается рост смертности, сформировался регрессивный тип структуры населения.

За изучаемый год в городе родилось 1300 детей, из них 10 умерли на первом году жизни, в том числе 5 - от состояний, возникших в перинатальном периоде, 4 - от врожденных аномалий, 1 - от пневмонии.

Выполните задания:

1. Объясните, при каком соотношении возрастных групп можно говорить о регрессивном типе структуры населения (ОПК-2.2).
2. Назовите, какие демографические показатели можно рассчитать по представленной информации. Изобразите их графически (ОПК-9.1).

№ 8

Одним из принципов здравоохранения в РФ является: личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.

Выполните задания:

1. Объясните, каким образом у пациента Вы могли бы узнать, как он осуществляет этот принцип в своей жизни (ОПК-2.2).
2. Дайте краткую характеристику методу анкетирования, требованиям к составлению анкет (типичные ошибки и способы их преодоления) (ОПК-9.1).

№ 9

Врач-уролог 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 лицензионного органа лицензия была аннулирована.

Выполните задания:

1. Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности (ОПК-2.1).
2. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности (ОПК-2.1).

№ 10

Преподаватель медицинского вуза, являющийся внештатным экспертом ТФОМС, 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.

Выполните задания:

Оцените правомерность ли действий администрации медицинского учреждения (ОПК-2.1).

№ 11

Выполните задания: Объедините в логическую схему указанные ниже элементы управленческой функции «Принятие управленческого решения» (ОПК-2.1).

Принятие управленческого решения

Запрограммированное решение	Суждение	Рациональное решение
Незапрограммированное решение	<i>Интуитивное решение</i>	Диагностика проблемы
Определение альтернатив	Определение ограничений и критериев	Отклонение от нормы
Выбор альтернативы	Оценка альтернатив	Потенциальная возможность
Реализация решения		Контроль результатов

Эталон ответа

Существует два вида управленческих решений:

- а) запрограммированное;
- б) незапрограммированное.

Три способа принятия управленческого решения:

- I. на основе интуиции (интуитивное решение);
- II. на основе жизненного и профессионального опыта (суждение);
- III. на основе логического анализа возможных позитивных и негативных последствий принятого решения (рациональное решение).

Этапы деятельности по принятию рационального решения:

1. Диагностика проблемы.
Управленческие проблемы бывают двух типов:
 - отклонение от нормы;
 - потенциальная возможность.
2. Определение критериев и ограничений принимаемого решения.
3. Определение альтернатив.
4. Оценка альтернатив.
5. Выбор альтернативы.
6. Реализация управленческого решения.
7. Контроль результатов.

№ 12

Существуют различные стили управления в зависимости от того, как распределяются власть, полномочия и ответственность в коллективе, на какой основе строятся рабочие взаимоотношения. В частности, авторитарный и демократичный стили управления схематично можно изобразить следующим образом.

Авторитарный стиль

Руководитель



Подчиненный

Выполните задания:

Демократичный стиль

Подчиненный ↔ Руководитель

1. Ответьте, какие из взаимоотношений, авторитарные или демократичные, более эффективны в деловых кругах (ОПК-2.1).
2. Оцените, не снижается ли в глазах подчиненных авторитет руководителя при использовании им демократического стиля руководства (ОПК-2.1).
3. Объясните, как совместить требовательность к подчиненному и добрые с ним взаимоотношения (ОПК-2.1).
4. Объясните особенности взаимоотношений между руководителем и подчиненными в учреждениях здравоохранения современной России (ОПК-2.1).

№ 13

В кабинете заместителя главного врача идёт разбор конфликтной ситуации, выразившейся в виде письменной жалобы на действия лечащего врача. При разборе участвуют три человека: заместитель главного врача Мария Ивановна, заведующий отделением Артём Александрович и молодой врач Ирина Игоревна.

Мария Ивановна (обращаясь вначале к заведующему отделением): «Почему я опять вынуждена разбирать жалобы на Ваше отделение? Вы что, не можете сами проблемы с пациентами разрулить? Обязательно надо доводить до жалоб? Из-за очередной глупости с Вашей стороны я вынуждена опять это разгребать. Вам нельзя поручить ничего серьёзного»

Ирина Игоревна: «Мария Ивановна, но ведь Вы...»

Мария Ивановна: «Не перебивай меня! Артём Александрович, но ведь Ирина не глупая у нас. Помнишь, как она помогла нам разобраться с тем пациентом-дебоширом? Ладно, дело в принципе поправимо. Артём, возьми на себя подготовку ответа. Поручила бы я исправить положение Ирине, да еще дров наломает»

Ирина: «Мария Ивановна! Позвольте мне...»

Мария Ивановна: «Всё, разговор окончен»

Выполните задания:

1. Сформулируйте основные правила критики. Выделите те моменты диалога, в которых руководитель нарушает правила критики (ОПК-2.1).
2. Объясните, в чем именно проявились нарушения этих правил, и каковы, на Ваш взгляд, должны быть действия руководителя в этой ситуации (ОПК-2.1).

№ 14

В коллективах структурных подразделений крупного лечебно-профилактического учреждения в результате сложных условий работы нарастает психологическая напряженность. Она сопровождается ухудшением исполнительской дисциплины сотрудников, снижением количественных и качественных показателей работы отделений. В связи с недостатками в работе персонала увеличилось число обоснованных и необоснованных жалоб от пациентов и их родственников. Несколько сотрудников уволились по собственному желанию. Все это повлекло за собой формирование конфликтной ситуации, направленной против администрации медицинского учреждения. Стремясь не допустить дальнейшего развития конфликта, она принимает меры для смягчения создавшейся ситуации.

Выполните задания:

1. Назовите, какие действия может принять администрация для разрешения возникшего в медицинском учреждении организационного конфликта (ОПК-2.1).
2. Обоснуйте целесообразность использования того или иного способа урегулирования данного конфликта (достоинства и недостатки) (ОПК-2.1).

№ 15

При проведении экспертизы случая оказания медицинской помощи больному 68 лет, находящемуся на стационарном лечении по поводу гипертонической болезни II сте-

пени, эксперт установил, что назначение данному пациенту фуросемида не было адекватно состоянию больного и с определенной долей вероятности могло привести к обострению подагры, имевшейся у пациента.

Выполните задания:

1. Объясните, может ли эксперт квалифицировать действия врача как ошибочные, если проведенное лечение не привело к реальному ухудшению в состоянии больного (ОПК-2.2).

2. Назовите, при каком условии мнение эксперта может быть признано обоснованным? (ОПК-2.1)

№ 16

Гражданин России В., житель города N (застрахованный по ОМС по месту регистрации в г. N), находящийся в командировке в городе М., обратился за медицинской помощью по поводу болей в животе, слабости в городскую больницу. В анамнезе у В. язва желудка. Состояние пациента дежурным врачом оценено как среднетяжелое, что обусловили слабость, головокружение, бледность кожных покровов, снижение артериального давления, тахикардия. В медицинской помощи и госпитализации было отказано на основании отсутствия регистрации в г. М. и медицинского страхового полиса. Через 2 часа В. по скорой помощи был доставлен в другую клинику в тяжелом состоянии с явлениями язвенного кровотечения.

Выполните задания:

Дайте оценку действиям дежурного врача (ОПК-2.1, ОПК-2.2).

№ 17

Девушка 15 лет обратилась к гинекологу, на приеме была выявлена беременность 7-8 недель, которую девушка решила сохранить. Однако на следующий день мать девушки, обратившись к этому врачу, настояла на проведении дочери аборта. Несмотря на категорический отказ девушки, данное медицинское вмешательство было проведено. Через 5 лет у девушки выявлено бесплодие, причиной которого признали осуществленный в 15 лет аборт. Девушка возбудила гражданский иск и потребовала возмещения ущерба, обвиняя врача-гинеколога в наступлении подобных последствий аборта.

Выполните задания:

1. Определите, есть ли основания для наступления гражданской ответственности (ОПК-2.2).

2. Объясните, применяется ли в данном случае срок исковой давности (ОПК-2.1).

№ 18

Лечащий врач В. назначил пациенту К. гормонотерапию длительностью 6 месяцев. На просьбу пациента пояснить целесообразность данного назначения и возможные его последствия врач ответил отказом, объяснив, что решения о лечении принимает сам, а в случае возникновения возможных осложнений и побочных эффектов примет необходимые меры. К. отказался от проведения гормонотерапии, оформив соответствующим образом отказ, после чего В. на этом основании выписал его из больницы, хотя состояние пациента оставалось тяжелым, не дав никаких рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению.

Выполните задания:

1. Оцените правомерность действий медицинского работника и пациента (ОПК-2.2).

2. Поясните, какие права пациента были нарушены (ОПК-2.1).

№ 19

В отделение гинекологии поступила женщина, у которой была выявлена быстро растущая миома. Врач-гинеколог подробно рассказывал больной и ее мужу, который в течение всего периода лечения проявлял нежную заботу о жене, о серьезности заболевания, о необходимости операции по удалению матки. Через полгода бывшая пациентка подала в суд гражданско-правовой иск на врача за разглашение врачебной тайны, так как муж подал на развод, мотивируя тем, что не может преодолеть в себе чувство неприязни к жене, после того как узнал от врача о ее заболевании.

Выполните задания:

Объясните, правомерно ли привлечение врача к гражданской ответственности. Обоснуйте свой ответ (ОПК-2.1, ОПК-2.2).

№ 20

Преподаватель медицинского вуза, проводя с группой студентов занятия по гинекологии, описал клинический случай и продемонстрировал пациентку с бесплодием. Больная категорически отказывалась от разговора с преподавателем в присутствии студентов, но он настоял на этом на основании нахождения ее в медицинском учреждении, имеющим статус клинического. Один из студентов, являясь знакомым мужа пациентки, рассказал ему о бесплодии жены, которое она скрывала. Муж возбудил дело о разводе, пациентка, в свою очередь, - гражданский иск по факту морального вреда

Выполните задания:

1. Объясните, есть ли основания для наступления гражданской ответственности (ОПК-2.2).
2. Назовите, кто должен возмещать моральный вред? (ОПК-2.1)

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Ивановский государственный медицинский университет»**

**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 (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач -терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.4

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	УК-5.1. Планирует и решает задачи собственного профессионального развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	1 год обучения
	УК-5.2. Планирует и решает задачи собственного личностного развития.	1 год обучения
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Ориентируется в содержании федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования.	1 год обучения
	ОПК-3.2. Отбирает адекватные цели и содержание формы, методы обучения и воспитания.	1 год обучения
	ОПК-3.3. Использует инновационные, интерактивные технологии и визуализацию учебной информации.	1 год обучения
ПК-3 Способен к участию в педагогической деятельности	ПК-3.1. Участствует в образовательной деятельности.	1 год обучения
	ПК-3.2. Контролирует результаты освоения образовательной программы.	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код	Индикаторы достижения компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
УК-5	УК-5.1	Знать: основные принципы профессионального и личностного развития, исходя из этапов карьерного роста и требований рынка труда; способы совершенствования своей деятельности на основе самооценки. Уметь: решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории; рас-	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		<p>ставлять приоритеты.</p> <p>Владеть: способами управления своей познавательной деятельностью и ее совершенствования на основе самооценки и принципов образования в течение всей жизни.</p>		
	УК-5.2	<p>Знать: возможные сферы и направления профессиональной самореализации; приемы и технологии целеполагания и целереализации; пути достижения более высоких уровней профессионального и личного развития.</p> <p>Уметь: выявлять и формулировать проблемы собственного развития, исходя из этапов профессионального роста и требований рынка труда к специалисту; формулировать цели профессионального и личностного развития, оценивать свои возможности, реалистичность и адекватность намеченных способов и путей достижения планируемых целей.</p> <p>Владеть: приемами целеполагания, планирования, реализации необходимых видов деятельности, оценки и самооценки результатов деятельности по решению профессиональных задач; приемами выявления и осознания своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования.</p>	<p>1. Комплект тестовых заданий.</p> <p>2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.</p>	<p>Зачет, 1 год обучения</p>
ОПК-3	ОПК-3.1	<p>Знать: приоритетные направления развития образовательной системы Российской Федерации, законы и актами и иные нормативно-правовые актов, регламентирующие образовательную деятельность в Российской Федерации, по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральных образовательных стандартов государственных, стандартов дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, образования, законодательства среднего</p>	<p>Комплекты:</p> <p>1. Тестовых заданий.</p> <p>2. Практико-ориентированных заданий.</p>	<p>Зачет, 1 год обучения</p>

		<p>профессионального образования, профессионального обучения, законодательства о правах ребенка, трудового законодательства.</p> <p>Уметь: объяснять сущность приоритетных направлений развития профессиональной образовательной системы РФ, законов и приоритетных иных нормативно - правовых актов, которые регламентируют образовательную деятельность в РФ, нормативных документов по вопросам документов по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральные государственные образовательные стандарты основного общего, среднего общего образования, законодательства о правах ребенка, трудовое законодательство.</p> <p>Владеть: способами использования в своей профессиональной деятельности системы РФ, законов и приоритетных направлений развития образовательной системы Российской Федерации, законов и иных нормативно-правовых актов, регламентирующих образовательную деятельность в Российской Федерации, нормативных документов по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральных государственных образовательных стандартов дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, среднего профессионального образования, профессионального обучения, законодательства о правах ребенка, трудового законодательства.</p>		
	ОПК-3.2	<p>Знать: основные формы, технологии, методы и средства организации процессов обучения и воспитания.</p>	1. Комплект тестовых заданий.	Зачет, 1 год обучения

	<p>Уметь: обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, обучающегося;</p> <p>Владеть: способами использования различных методов и методик для диагностирования результатов, современными методиками обучения и воспитания; традиционными и инновационными технологиями;</p>	2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	
<p>ОПК-3.3.Использует инновационные, интерактивные технологии и визуализацию учебной информации.</p>	<p>Знать: педагогические технологии – особенности разработки основных и – дополнительных программ</p> <p>Особенности дидактики высшей школы, принципы обучения и их проявление в системе высшего профессионального образования.</p> <p>Уметь: использовать, творчески трансформировать и совершенствовать современные образовательные технологии, методы и методики обучения и воспитания студентов;</p> <p>применять инновационные технологии воспитания (индивидуальные и групповые) с целью формирования у студентов личностных компетенций, необходимых для осуществления профессиональной врачебной деятельности, сохранения собственного здоровья и взаимодействия с обществом анализировать основные подходы отечественной и зарубежной педагогической и психологической науки и образовательной практики в условиях высшей школы;</p> <p>Владеть: информационными и коммуникационными технологиями реализации образовательного процесса; основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном</p>	<p>1. Комплект тестовых заданий.</p> <p>2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.</p>	<p>Зачет,</p> <p>1 год обучения</p>

		процессе и научной деятельности; методами формирования у студентов умений самостоятельной работы и профессионального мышления, развития творческих способностей.		
ПК-3	ПК-3.1	Знать: федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования в области медицины, основные формы, технологии, методы и средства организации процесса обучения Уметь: обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения Владеть: основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения
	ПК-3.2	Знать: федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования в области медицины, формы и технологии контроля результатов освоения образовательных программ Уметь: обоснованно выбирать средства для оценки результатов освоения образовательных программ Владеть: основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе	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 сформированности компетенций **УК-5, ОПК-3, ПК-3.**

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. 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.

2. 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

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.

4. 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

5. 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.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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-5, ОПК-3, ПК-3.**

Примеры.

УК-5.1, УК-5.2.

№ 1

Содержание. Качественные изменения, имеющие в своей основе внутренний источник личностного развития, можно назвать личностным ростом. В качестве внутреннего источника в данном случае может выступать, например, воля человека.

Задание. Приведите пример, из жизни выдающихся людей, из вашего практического опыта, ваших наблюдений за профессиональной деятельностью ваших коллег, иллюстрирующих проявление воли, оказывающей влияние на их личностное развитие, личностный рост, и на собственную профессиональную деятельность.

Эталон ответа: *Пример:* А. Эйнштейн, не удовлетворенный качеством преподавания в гимназии, занялся самообразованием в области математики и физики. Результат его самостоятельной активности широко известен.

№ 2

Содержание. В процессе совершенствования профессиональной деятельности имеют место качественные изменения, происходящие под влиянием внешних условий, которые обеспечивают как психическое личностное развитие, так и изменения карьерной траектории собственного профессионального развития

Задание. Приведите пример, из жизни профессиональной деятельности выдающихся людей, из собственных наблюдений, иллюстрирующих процесс влияния качественных личностных изменений, оказывающей влияние на их личностное развитие и изменения карьерной траектории.

Эталон ответа: *Пример:* Л. А. Бокерия – ведущий кардиохирург России. Помимо значительнейших достижения в профессии, он известен своей активной гражданской позицией, является меценатом, имеет множество патентов на изобретения. Личность этого выдающегося человека раскрылась в его профессии, т. е. внешние условия стали благоприятной почвой для проявления потенциала личности.

№ 3

Содержание. Подсистема профессиональной продуктивности образует структуру, состоящую из профессионально важных качеств и профессиональных отношений, непосредственно влияющих на производительность, качество и надежность деятельности и обеспечивающих перспективное планирования, и решение задач собственного личностного развития. В качестве системообразующих факторов данной структуры приняты составляющие эффективности профессиональной деятельности.

Задание. Приведите пример, из вашего практического опыта, ваших наблюдений за профессиональной деятельностью ваших коллег, иллюстрирующий влияние профессионально важных качеств и профессиональных отношений, непосредственно влияющих на производительность, качество и надежность деятельности, обеспечивающие личностное развитие.

Эталон ответа. Пример: профессионально важным качеством врача являются коммуникативные умения выстраивания отношений со всеми субъектами профессиональной деятельности. А также обладание врачом высоким уровнем эмпатии, что позволяет ему более эффективно осуществлять профессиональную деятельность.

№ 4

Задание. Заполните в предложенной таблице графу «*Ценности, определяющие приведенные типы компетенций*», определяя соответствие ценностей типам компетенций, указанных в правой графе таблицы «Компетенции».

Например:

Компетенции	Ценности, определяющие приведенные типы компетенций
Этические компетенции, проявляющиеся в лич-	Обучение и исследование. Собирает новую

ном мнении профессиональных ценностях, способности принимать основанные на них решения в рабочих ситуациях;	информации, быстро обучается. Учится на успехах и ошибках. Запрашивает обратную связь от коллег. Собирает и распространяет полезные знания внутри организации
--	---

Таблица.

Компетенции	Ценности, определяющие приведенные типы компетенций
Этические компетенции, проявляющиеся в личном мнении профессиональных ценностях, способности принимать основанные на них решения в рабочих ситуациях;	
Личностные компетенции, представляющие собой Относительно устойчивые характеристики личности, причинно связанные с эффективным или превосходным выполнением работы;	
Когнитивные компетенции, включающие не только официальные знания, но и неофициальные – основанные На опыте, а также особенности познавательных процессов;	
Функциональные компетенции, включающие навыки или ноу-хау, то, что человек, который работает в данной профессиональной области, должен быть состоянии сделать и способен продемонстрировать	
Метакомпетенции, относящиеся способности справляться с неуверенностью, стрессом, поучениями и критикой.	

Эталон ответа.

Таблица.

Компетенции	Ценности, определяющие приведенные типы компетенций
Этические компетенции, проявляющиеся в личном мнении профессиональных ценностях, способности принимать основанные на них решения в рабочих ситуациях;	Обучение и исследование. Собирает новую информации, быстро обучается. Учится на успехах и ошибках. Запрашивает обратную связь от коллег. Собирает и распространяет полезные знания внутри организации
Личностные компетенции, представляющие собой Относительно устойчивые характеристики личности, причинно связанные с эффективным или превосходным выполнением работы;	Работа в команде. Проявляет интерес и внимание к людям. Поддерживает и заботится о других членах команды
Когнитивные компетенции, включающие не только официальные знания, но и неофициальные – основанные На опыте, а также особенности познавательных процессов;	Анализ. Ищет и анализирует различную информации. Делает рациональные суждения на основе имеющейся информации
Функциональные компетенции, включающие навыки или ноу-хау, то, что человек, который работает в данной профессиональной области, должен быть состоянии сделать и способен продемонстрировать	Принятие решения и инициирование действий. Берет на себя ответственность и принимает быстрые, разумные решения. Проявляет инициативу, вносит изменения в процесс работы
Метакомпетенции, относящиеся способности Справляться с неуверенностью, стрессом, поучениями и критикой.	Изложение и предоставление информации. Ясно выражает свою точку зрения . Уверенно выступает перед аудиторией, вызывая доверие

№ 1

Содержание. В соответствии с требованиями ФГОС 3++ особая роль принадлежит разработке контрольно-оценочных заданий, которые в методическом плане являются индикаторами формирования профессиональных компетенций. Основными видами оценочных средств по методике профессионального обучения в модели ФГОС ВО 3++ являются компетентностно-ориентированные задания (КОЗ). Среди КОЗ выделяются *предметные и практические компетентностно-ориентированные задания*. В основу предметных КОЗ положена проблемная ситуация в определенной предметной области. Практические КОЗ содержат описание практической ситуации, когда требуется применить не только знания из разных предметных областей (включающих дисциплину), но знания, приобретенные студентами на практике.

Задание: представьте методику разработки предметного контрольно-оценочного задания, с учетом подробного обоснования выдвигаемой Вами проблемной ситуации в определенной предметной области, следуя его структурным требованиям: - цель предметного КОЗ; - информации относительно программной карты предметного КОЗ; - диагностика для выяснения эффективности данного предметно КОЗ, используя при этом критический анализ и оценку современных научных достижений.

Эталон ответа:

Основными видами оценочных средств по методике профессионального обучения в модели ФГОС ВО 3++ становятся предметные задания (КОЗ).

В основу предметных КОЗ положена проблемная ситуация в определенной предметной области. Так, в проблемной ситуации результатом является определение и формулирование основной проблемы, и всегда присутствует оценка сложности решения. Примером КОЗ предметного задания может, служит практический кейс, отражающие взаимосвязь историко- педагогических теорий обучения с современными инновационными теориями дидактики.

Используя лекционный материал по теме «Историко - педагогический процесс становления педагогики» определите эффективные и неэффективные методы обучения предложенные В. Ратке - основоположника теории обучения.

Прежде чем разработать формат предметного КОЗ задания, необходимо определить проблему в данной предметной области «Истории педагогики».

цель предметного КОЗ - демонстрация историко - педагогического наследия теории обучения , для последующего использования на практике;

- *информации относительно программной карты предметного КОЗ*

Программная карта предметного КОЗ – исторически сложившаяся информация о важности разработанной теории обучения В.Ратке в исторически - сложившихся условиях становления организации учебных заведения, определение методов обучения с учетом специфики социальной ситуации

развития общества, педагогики как научной дисциплины. Выявление основной проблемы – как с учетом

принципа детерминизма (выявление причинно- следственных связей педагогики с историческим сложившимся общественным устройством актуализировало проблему разработки новых теории обучения и их составляющих.

-*диагностика для выяснения эффективности данного предметно КОЗ* предметное задание может быть использован как основа, на базе которого обсуждаются вновь разработанные методы обучения, комплексно объединяющие элементы исторически- сложившихся дидактических инструментов процесса обучения. Анализ представленной информации в предметном задании (КОЗ) позволяет

определить важные связи между различными составляющими процесса обучения, имеющего место в 19 веке и оценка инновационных методов используемых в современной дидактической системе

Так, например, представленная в формате таблицы теория обучения В. Ратке, заполняя которую необходимо определить и кратко обосновать сильные и слабые стороны данной теории.

Эффективные методы в теории	Обоснование	Неэффективные методы обучения	Обоснование
1. Обучение должно протекать в соответствии с ходом природы, не нарушая его.	Метод эффективен, т.к. опирается на естественный ход психического развития личности	Изучение духовной жизни человека и согласования с ней всех педагогических воздействий	Этот принцип сыграл важную роль в разрушении схоластической системы воспитания, пришедшей из средних веков.
2. Обучение должно быть последовательным, нельзя одновременно изучать разные вещи. (Н. Сперанский Очерк истории средней школы в Германии, - Москва, 1898г.).	Метод иллюстрирует закономерности психики ее развития. Развитие когнитивных процессов возможно с учетом возрастных этапов	Разум ребенка при рождении подобен чистой доске, на которой в процессе обучения можно будет написать все, что угодно.	Принцип указывает на схоластическое утверждение, подчеркивая пассивную роль внешних факторов влияющих на психическое развитие личности
3. В обучении следует постоянно использовать повторение. 4. Первоначальное обучение должно обязательно вестись на родном языке учащихся. 5. Обучение должно вестись без принуждения. 6. Заучивать ученики должны только то, что им понятно. 7. В обучении следует идти от частного к общему, от известного к неизвестному. 8. В ходе обучения всегда нужно опираться на индукцию и опыт	Дидактические принципы основываются на идеях гуманизма, демократического общества.	. Он считал возможным строить обучение в школе почти исключительно на лекционных формах, преподнося готовую информацию.	Недостатком представленной теории обучения В. Ратке является недооценка роли активности самих учащихся в процессе обучения

№ 2

Содержание: Основными видами оценочных средств по методике профессионального обучения в модели ФГОС ВО 3++ являются компетентностно-ориентированные задания (КОЗ). Среди КОЗ выделяются *предметные и практические компетентностно-ориентированные задания*. В основу предметных КОЗ положена проблемная ситуация в определенной предметной области. Практические КОЗ содержат описание практической ситуации, когда требуется применить не только знания из разных предметных областей (включающих дисциплину), но знания, приобретенные студентами на практике.

Задание: представьте методику разработки *практического* компетентностно-ориентированного контрольно-оценочного задания, с учетом подробного обоснования выдвигаемой Вами практической ситуации, следуя его структурным требованиям : - цель КОЗ; - информации относительно программной карты КОЗ ; - диагностика для выяснения эффективности КОЗ, используя при этом критический анализ и оценку современных научных достижений.

Эталон ответа: Среди КОЗ выделяются практические компетентностно-ориентированные задания. Требуется при этом самостоятельной переработки и интегрирования материала.

Основными видами оценочных средств по методике профессионального обучения в модели ФГОС ВО 3++ становятся компетентностно-ориентированные задания (КОЗ).

В основу предметных КОЗ положена проблемная ситуация раскрывающая межпредметные связи. Так, в проблемной ситуации результатом является определение и формулирование основной проблемы, и всегда присутствует оценка сложности решения. Примером компетентностно-ориентированные задания (КОЗ) может, служит практический кейс, отражающие взаимосвязь педагогики и психологии личности.

Прежде чем разработать формат компетентностно-ориентированные задания КОЗ, необходимо определить проблему, например в сфере возрастных особенностей современного поколения
цель КОЗ – актуализация теоретических знаний по психологии личностного развития, использованию личностью психологических видов защит, выполняющих патологическую функцию защиты.

- *информации относительно программной карты КОЗ*

Программная карта КОЗ – представление «жизненной» ситуации иллюстрирующей проявление эгоцентризма, психологических видов защит: рационализация, инверсия, как нарастание неудовлетворенности и внутреннего конфликта личности

Выявление основной проблемы – как, используя знания по педагогике, психологии личности, возможно определить эффективные пути коррекции поведения личности.

-*диагностика для выяснения эффективности данного КОЗ* заключается в - практико-ориентированном использовании полученных знаний, сформированных умений в процессе решения данной задачи.

Пример практического компетентностно-ориентированного задания На практических занятиях один из студентов занимает, как правило, место недалеко от Вас, и при этом изучает конспекты лекций или учебник по другому предмету. На Ваши вопросы отвечает, что много времени у него для Вашего предмета не будет, а на занятии ему присутствовать нужно, так как вдруг да услышит что-то полезное. А за первыми столами он садится потому, что так воспринимает информацию лучше. На занятия ходит регулярно, контрольные работы выполняет удовлетворительно, но на Ваши вопросы по предмету не отвечает, так как «занят».

Задание: Определите действия преподавателя в данной ситуации, указывая стиль взаимодействия, как с данным студентом, так и со всей группой, подробно обосновав методы воспитания.

Индикаторы оценки выполнения КОЗ:

– знает требования ФГОС по профессии и профессиональных стандартов по соответствующему виду профессиональной деятельности ;

– знает требования к программно-методическому обеспечению учебно-производственного процесса;

-умеет разрабатывать оценочные средства по практической подготовке с учетом требований ФГОС (для программ профессионального обучения.);

-владеет технологиями разработки и обновления основных программ профессионального обучения.

ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-3.1, ПК-3.2

№ 1

Содержание. На практических занятиях один из студентов занимает, как правило, место недалеко от Вас, и при этом изучает конспекты лекций или учебник по другому предмету. На Ваши вопросы отвечает, что много времени у него для Вашего предмета не будет, а на занятии ему присутствовать нужно, так как вдруг да услышит что-то полезное. А за первыми столами он садится потому, что так воспринимает информацию лучше. На занятия ходит регулярно, контрольные работы выполняет удовлетворительно, но на Ваши вопросы по предмету не отвечает, так как «занят».

Задание: Определите действия преподавателя в данной ситуации, указывая стиль взаимодействия, как с данным студентом, так и со всей группой, подробно обосновав методы воспитания.

Эталон ответа.

Дальнейшие действия преподавателя должны быть направлены на повышение продуктивности воспитательного процесса. Проблема, описанная в данной ситуации заключается в том, что студент стремится быть в центре всеобщего внимания и поклонения, предпочитая стать «притчей на устах у всех». Для таких личностей характерна особая экспрессия и театральность поведения, не глубина чувств, их поверхностность, склонность к вспышкам ревности, повышенная амбициозность демонстративном эгоцентризме, («Демонстративный (истероидный) тип (по П.Б. Ганнушкину). Его главная черта - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия»). Знание указанных фактов позволит педагогу, идентифицировать личность демонстративного типа, а также определить правильную тактику общения с ней.

С этой целью необходимо провести диагностику наиболее приоритетных качеств личности, данного студента, узнать его сильные и слабые стороны, качества, определяя сферы влияния на личностное развитие.

Далее провести анализ его поведенческих реакций, а именно: *«за первыми столами он садится потому...»*, *«На Ваши вопросы отвечает, что много времени у него для Вашего предмета не будет, а на занятии ему присутствовать нужно, так как вдруг да услышит что-то полезное»*.

Представленные поведенческие реакции- относятся к таким видам психологических защит как: рационализация, инверсия, которые прежде всего иллюстрируют внутри личностный конфликт личности, «маскированный эгоцентризм» проявляющейся в неадекватной самооценке, а также проявление страха перед неизвестностью. Поэтому необходимо координация преподавателя с психологом, который проведет *психологическую коррекцию* демонтирующих поведенческих реакций. В ходе психотерапевтических сеансов таких людей обучают использовать особенности своего характера исключительно во благо, а также формируют навыки контроля и регуляции как своих эмоций, так и поведения в социуме. Психолог ставит своего пациента в известность о том, что если он не станет развивать и использовать свои положительные качества, автоматически будет возрастать риск перехода к асоциальному поведению. Действительно, не найдя в себе положительных, социально одобряемых навыков, демонстративная личность может проявить тенденцию к привлечению внимания за счет совершения аморальных и противоправных действий. Своевременно обнаруженная акцентуация и предпринятые психотерапевтические воздействия способны не допустить подобных эксцессов. В воспитательном процессе нередко обнаруживается сопротивление личности студента тем педагогическим воздействиям, которые на него влияют извне организаторами воспитания, или собственным усилиям в процессе самовоспитания. Гуманистическая парадигма современного образования выдвигает на первый план- *уважительное отношение* к личности, ориентированное на преодоление различных противоречий, возникающих в процессе общения преподавателя и студента. Действия преподавателя как структурные единицы педагогической деятельности весьма многообразны. Они связаны с планированием, подготовкой и проведением занятий, контролем и оценкой знаний и умений студентов, с методической работой, общением со студентами, организацией самостоятельной работы студентов, с решением других задач. Поэтому наиболее эффективным методом взаимодействия является- *метод совместных действий « студент- преподаватель»*. *Метод переубеждения* дополняется методом переучивания, предназначенного для изменения отрицательного жизненного опыта, восстановления здоровых социальных потребностей и привычек военнослужащих. Этого достигают с помощью *приемов отучения и приучения*.

Поэтому лучше всего использовать принцип систематичности. Последовательности с целью постепенного изменения личностных установок.

№ 2

Содержание: На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию и находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки.

Задание: определите интерактивную форму проведения занятия, укажите методы обучения, обосновав их роль при проведении данного вида лекции.

Эталон ответа:

Подобная лекция выполняет не только стимулирующие, но и контрольные функции, поскольку позволяет преподавателю оценить качество освоения предшествующего материала, а слушателям - проверить себя и продемонстрировать свое знание дисциплины, умение ориентироваться в содержании. Такую лекцию целесообразно проводить как итоговое занятие по теме или разделу после формирования у слушателей базовых знаний и умений.

Преподаватель выбрав данную форму проведения занятия, реализовал несколько методов обучения и воспитания. Так, согласно классификации методов на основании дидактических задач (М.А.Данилов, Б.П.Есипов.), педагог использовал активно

- метод- проверка знаний, умений и навыков;

Согласно классификация методов по организации и осуществлению учебно-познавательной деятельности; методам ее стимулирования мотивации; методам контроля и самоконтроля

(Ю.К.Бабанский), преподаватель использовал:

- методы самостоятельной работы и работы под руководством преподавателя, которые *объединены в группу; методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности*

- методы стимулирования и мотивации долга и ответственности в методы устного контроля и самоконтроля; методы письменного контроля и самоконтроля, которые *объединены в группу методов стимулирования и мотивации учебно-познавательной деятельности;*

№ 3

Содержание: Вы попадаете в группу слушателей-заочников, заинтересованность и активность в получении знаний у которых невысока или отсутствует в силу различных причин: возрастные особенности, семейные и/или бытовые заботы, напряженная работа и др. Слушатели невнимательны, лекции не конспектируют, некоторые «отсиживают» время, некоторые вступают с Вами в дискуссию, аргументируя «богатым» житейским опытом.

Задание. Определите причины незаинтересованности слушателей.

Представьте описание интерактивных методов обучения и краткое обоснование их эффективности в данной ситуации.

Эталон ответа. Сегодняшняя проблема образования, как школьного, так и вузовского, это безучастность обучаемых учеников и студентов. Основной причиной данного незаинтересованности отношения к обучению со стороны и студентов, является безучастность, незаинтересованность учителей и преподавателей, т.е. такое же «наплевательское отношение» к учебному процессу. Чтобы это предотвратить школьный учитель, и в дальнейшем преподаватель вуза, должен любить свой предмет, ему должно нравиться обучать других этому предмету, а также всячески участвовать и поддерживать в учебном процессе своих учеников и студентов. Т.е. исполнять функции воспитателя. Преподаватель вуза формирует профессиональные качества и навыки человека, которые помогут ему в дальнейшем на работе, при общении с коллегами, начальством и партнерами.

Также эффективность качество проводимого занятия зависит от педагогического мастерства педагога, использование им интерактивных методов приемов обучения. «если преподаватель хочет заинтересовать студенческую аудиторию, необходимо начать лекцию семинар, практическое занятие с клинической ситуации – случая, который бы иллюстрировал значимость усвоения темы, который бы эмоционально и интеллектуально замотивировал их». На наш взгляд это одно из первостепенных направлений конструирования академического занятия. Создание интриги, изменения формата проведения занятия (проблемная ситуация, проблемно- поисковая) позволяет удержать внимание студентов, позволяет мысленно участвовать в обсуждении.

Поэтому в процессе разработки занятия необходимо найти ситуационные задачи, проблемные ситуации, разработать поисковые вопросы, направленные на развитие клинического мышления.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

Индикаторы достижения Компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
УК-5.1.	<p>Умеет Самостоятельно решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории; расставлять приоритеты, может совершать отдельные ошибки</p> <p>Владеет определяет способы управления своей познавательной деятельностью и ее совершенствования на основе самооценки принципов образования в течение всей жизни.</p>	<p>Умеет Не может решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории; расставлять приоритеты</p>
УК-5.2	<p>Умеет Самостоятельно выявляет и формулирует проблемы собственного развития, исходя из этапов профессионального роста и требований рынка труда к специалисту; формулировать цели профессионального и личностного развития, оценивать свои возможности, реалистичность и адекватность намеченных способов и путей достижения планируемых целей, может совершать отдельные ошибки</p> <p>Владеет выявляет основные приемы целеполагания, планирования, реализации необходимых видов деятельности, оценки и самооценки результатов деятельности по решению профессиональных задач; приемами выявления и осознания своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования.</p>	<p>Умеет Не может выявить проблемы собственного развития, исходя из этапов профессионального роста и требований рынка труда к специалисту; формулировать цели профессионального и личностного развития</p>
ОПК-3.1	<p>Умеет Самостоятельно выявляет приоритетные направления развития образовательной системы Российской Федерации на основе законов и иных нормативно-правовых актов, регламентирующих образовательную деятельность в Российской Федерации, по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральных государственных образовательных стандартов, законодательства профессионального</p>	<p>Умеет Не может выявить приоритетные направления развития образовательной системы РФ, законы и актами и иные нормативно-правовые актов, регламентирующие образовательную деятельность в РФ, по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральных образовательных стандартов государственных , стандартов</p>

	<p>обучения, законодательства о правах ребенка, трудового законодательства., может совершать отдельные ошибки</p> <p>Владеет способами использования в своей профессиональной деятельности системы РФ, законов и приоритетных направлений развития образовательной системы Российской Федерации, законов и иных нормативно-правовых актов, регламентирующих образовательную деятельность в Российской Федерации, нормативных документов по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи, федеральных государственных образовательных стандартов профессионального образования, законодательства о правах ребенка, трудового законодательства.</p>	
ОПК-3.2	<p>Умеет <u>Самостоятельно</u> обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, обучающегося, может совершать отдельные ошибки;</p> <p>Владеет способами использования различных методов и методик для диагностирования результатов, современными методиками обучения и воспитания; традиционными и инновационными технологиями;</p>	<p>Умеет <u>Не может</u> выявить в учебном задании образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, обучающегося;</p>
ОПК-3.3	<p>Умеет <u>Самостоятельно</u> использовать, творчески трансформировать и совершенствовать современные образовательные технологии, методы и методики обучения и воспитания студентов; применять инновационные технологии воспитания (индивидуальные и групповые) с целью формирования у студентов личностных компетенций, необходимых для осуществления профессиональной врачебной деятельности, сохранения собственного здоровья и взаимодействия с обществом анализировать основные подходы отечественной и зарубежной педагогической и психологической науки и образовательной практики в условиях высшей школы, может совершать отдельные ошибки;</p> <p>Владеет информационными и коммуни-</p>	<p>Умеет <u>не может</u> выявить современные образовательные технологии, методы и методики обучения и воспитания студентов; применять инновационные технологии воспитания (индивидуальные и групповые) с целью формирования у студентов личностных компетенций, необходимых для осуществления профессиональной врачебной деятельности, сохранения собственного здоровья и взаимодействия с обществом анализировать основные подходы отечественной и зарубежной педагогической и психологической науки и образовательной практики в условиях высшей школы;</p>

	кационными технологиями реализации образовательного процесса; основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе и научной деятельности; методами формирования у студентов умений самостоятельной работы и профессионального мышления, развития творческих способностей.	
ПК-3.1	Умеет <u>Самостоятельно</u> обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения, может совершать отдельные ошибки; Владеет основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе	Умеет <u>не может</u> обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения
ПК-3.2	Умеет <u>Самостоятельно</u> : обоснованно выбирать средства для оценки результатов освоения образовательных программ, может совершать отдельные ошибки; Владеет основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе	Умеет <u>не может</u> обоснованно выбирать средства для оценки результатов освоения образовательных программ

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

С помощью практико-ориентированных заданий 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 «выполнено», «не выполнено».

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

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: УК-5.1

1. 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.

2. ВНУТРЕННЕЕ ПОБУЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ К ТОМУ ИЛИ ИНОМУ ВИДУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ЭТО

- А) повод,
- Б) мотив,
- В) причина.

3. ДАННЫЙ ПРИНЦИП ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА БЫСТРО ОСВАИВАТЬ СРЕДСТВА, ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, НОВЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ, ПОТРЕБНОСТЬ В ПОСТОЯННОМ ПОВЫШЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ И КВАЛИФИКАЦИИ. ЭТО ПРИНЦИП:

- А) профессиональной мобильности;
- Б) соединения обучения с производственным трудом;
- В) модульности профессионального обучения;

4. ПРИНЦИП, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НЕОБХОДИМОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ РАБОЧИХ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФЕССИЯМ С УЧЕТОМ ИХ ВОСТРЕБОВАННОСТИ НА РЫНКЕ ТРУДА – ЭТО ПРИНЦИП:

- А) экономической целесообразности;
- Б) системности и последовательности;
- В) политехнический.

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: УК-5.2

1. 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

2. 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.

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

4. ЧТО СОБОЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ МИРОВОЗЗРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА?

- А) Система взглядов человека на окружающую действительность – природу и общество.
- Б) Осознание собственного «я» в процессе социального взаимодействия.
- В) Оценка деятельности государства с точки зрения гражданина.

5. ЛИЧНОСТЬ В ПЕДАГОГИКЕ ВЫРАЖАЕТСЯ СОВОКУПНОСТЬЮ

- А) знаний, умений и навыков,
- Б) социальных качеств, приобретенных индивидом,
- В) биологических и социальных признаков.

6. В КОГНИТИВНУЮ СОСТАВЛЯЮЩУЮ САМОСОЗНАНИЯ ВХОДИТ

- А) самовоспитание,
- Б) саморазвитие,
- В) знание личности о себе.

7. ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ:

- А) Наследственность, среда, воспитание
- Б) Наследственность, обучение
- В) Цвет кожи
- Г) Среда, обучение
- Д) Наследственность, воспитание

8. РЕАЛЬНАЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ, В УСЛОВИЯХ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ:

- А) Среда
- Б) Искусство
- В) Деятельность
- Г) Наследственность
- Д) Школа

9. ДВИЖУЩИЕ СИЛЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ - ЭТО:

- А) Деятельность (активная)
- Б) Противоречия (внешние и внутренние)
- В) Самосознание, саморазвитие
- Г) Учение, труд, общение
- Д) Потребности, склонности, интересы

10. СТАДИИ СОЦИАЛИЗАЦИИ:

- А) Начальная, основная, завершающая
- Б) Детство, отрочество, юность
- В) Дотрудовая, трудовая, послетрудовая
- Г) Дошкольная, школьная, юношеская
- Д) Молодость, зрелость, старость

11. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА ВКЛЮЧАЕТ:

- А) Персонализацию, адаптацию

- Б) Адаптацию, интеграцию, самореализацию, индивидуализацию
- В) Адаптацию, интеграцию, самореализацию
- Г) Адаптацию, персонализацию, интеграцию
- Д) Интеграцию, дифференциацию, индивидуализацию

12. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ОЗНАЧАЕТ:

- А) Количественные изменения, происходящие в организме человека
- Б) Качественные изменения, происходящие в организме человека
- В) Целенаправленное становление человека как социальной личности
- Г) Вхождение человека в социальную среду
- Д) Влияние на взгляды и мысли воспитанника

13. РАЗМЫШЛЕНИЕ НАД ОТДЕЛЬНЫМИ КАЧЕСТВКАМИ СВОЕЙ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- А) самоконтроль
- Б) самоанализ
- В) самооценка
- Г) ни одно утверждение не верно

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: ОПК-3.1, ПК-3.1

1. 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

2. 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

3. ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- А) общекультурные, профессиональные
- Б) индивидуально – личностные
- В) социологические
- Г) предметные
- Д) дисциплинарные

4. 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

5. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТАНДАРТЫ В ПЕДАГОГИКЕ – ЭТО

- А) официальные, закреплённые документально требования, предъявляемые к содержанию образовательного процесса и его обеспечению,

- Б) максимальные показатели, к которым должны стремиться все учащиеся,
- В) социально одобряемые результаты образовательной деятельности.

6. УЧРЕЖДЕНИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - ЭТО

- А) колледжи, институты, университеты.
- Б) колледжи, институты, университеты, академии.
- В) институты, университеты, академии.
- Г) лицеи, колледжи, институты, университеты, академии.

7. ИСТОЧНИК УЧЕБНОЙ ИНФОРМАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩИЙ В ДОСТУПНОЙ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ ФОРМЕ ПРЕДУСМОТРЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ СТАНДАРТАМИ СОДЕРЖАНИЕ – ЭТО:

- А) учебник
- Б) учебный план
- В) рабочая программа
- Г) рабочая тетрадь

8. ФГОС УСТАНОВЛИВАЕТ ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ОБУЧАЮЩИМИСЯ:

- А) программы обучения, утвержденной муниципальным органом управления
- Б) основной и дополнительной образовательных программ
- В) основной образовательной программы

9. ОСВОЕНИЕ ОБУЧАЮЩИМИСЯ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЗАВЕРШАЕТСЯ:

- А) обязательной государственной итоговой аттестацией
- Б) экзаменами по выбору
- В) выпускной контрольной работой

10. ВО ФГОС ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- А) кадровые, материально-технические и организационные условия реализации основной образовательной программы
- Б) кадровые, финансовые, материально-технические и иные условия реализации основной образовательной программы
- В) учебные и кадровые условия реализации основной образовательной программы

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: ОПК-3.2, ПК-3.1

1. 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

2. ПРЕДМЕТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) целостный педагогический процесс
- Б) закономерности обучения
- В) воспитание творческой направленности личности
- Г) самообразование
- Д) самообучение

3. ЗАДАЧИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) изучение педагогического опыта
- Б) исследование личностных особенностей
- В) внедрение образовательных законопроектов
- Г) создание библиотек
- Д) разработка электронных учебников.

4. ФУНКЦИИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) познавательная
- Б) экономическая
- В) социальная
- Г) юридическая
- Д) политическая

5. МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) педагогическое наблюдение
- Б) изучение успеваемости
- В) исследование межличностных отношений
- Г) выдвижение гипотезы
- Д) изучение литературы.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- А) противоречие индивидуального морального сознания
- В) 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

10. 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

11. ПОЩРЕНИЕ - ЭТО:

- А) способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
- Б) 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.

12. 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.

13. 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

14. 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.

15. 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

16. 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.

17. СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) беседа
- Б) демонстрация картин, иллюстраций
- В) продуктивная деятельность
- Г) упражнения
- Д) компьютерные средства

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: ОПК-3.3, ПК-3.2

1. 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

2. 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.

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

4. 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

5. 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

6. КАТЕГОРИЕЙ ДИДАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) нравственное воспитание

- Б) процесс обучения
- В) цель воспитания
- Г) социализация личности
- Д) воспитание

7. НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- А) опрос учащихся
- Б) рассматривание картин
- В) тренинг
- Г) рассказ
- Д) объяснение

8. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- А) деятельностный
- Б) синергитический
- В) системный
- Г) интегративный
- Д) комплексный

9. ПО МАСШТАБУ ВНОСИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- А) локальные, модульные, системные;
- Б) внешние, внутренние, ресурсные;
- В) ресурсные, образовательные, содержательные;
- Г) организационные, дидактические, методические.

10. ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ – ЭТО:

- А) распространение новшеств в педагогической практике;
- Б) оригинальность школьной жизни;
- В) консервативный подход в образовании;
- Г) творческий подход к педагогической деятельности.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»

Кафедра гуманитарных наук

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
Коммуникации

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
Коммуникации

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.5

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов компетенций	Этапы формирования
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	УК-4.1 Выстраивает взаимодействие с врачами, средним и младшим медицинским персоналом в рамках своей профессиональной деятельности.	1 год обучения
	УК-4.2 Выстраивает взаимодействие с пациентами и их родственниками в рамках своей профессиональной деятельности	1 год обучения
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ОПК-9.3 Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
УК-4.	УК-4.1.	Знает: - основы конфликтологии; - принципы и критерии эффективного общения, коммуникативные технологии, приемы, методы профессионального взаимодействия с коллегами, способы и методы предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций в медицинской среде. Умеет: - применять разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения при профессиональном взаимодей-	Комплекты 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		<p>ствии с коллегами .</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками ассертивного и конгруэнтного поведения, техниками снятия и регулирования эмоционального напряжения 		
	УК-4.2.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы конфликтологии; - принципы и критерии эффективного общения, коммуникативные технологии, приемы, методы эффективного профессионального общения с пациентом, родственниками пациента <p>Умеет: применять на практике разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения и с учетом категорий пациентов, их индивидуально-личностными особенностями</p> <p>Владеет: навыками ассертивного и конгруэнтного поведения, техниками снятия и регулирования эмоционального напряжения.</p>		
ОПК-9.	ОПК-9.3	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях инфекционного профиля; - принципы организации эффективного профессионального взаимодействия и методы предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций в медицинском 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий. 	Зачет , 1 год обучения

		<p>коллективе.</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять контроль выполнением должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; - применять принципы эффективного общения при организации профессиональном взаимодействии с коллегами, в том числе с младшим медицинским персоналом. <p>Владеет: коммуникативными навыками для профессиональной организации медицинской деятельности персонала, находящегося в его распоряжении.</p>		
--	--	--	--	--

2. Оценочные средства.

2.1. Оценочное средство: тестовые задания.

2.1.1. Содержание оценочного средства.

Тестовый контроль сформированности компетенций **УК-4** (УК-4.1, УК-4.2) и **ОПК-9** (ОПК-9.3).

Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из предложенных.

Примеры:

1. Человеческая речь характеризуется:

1. наличием сигналов, запускающим те или иные поведенческие реакции
2. логикой построения фраз
3. возможностью передать информацию о прошлых и будущих событиях
4. все ответы верны

2. Препятствия в общении, которые проявляются в непонимании высказываний, требований, предъявляемых другому лицу – это барьеры:

1. смысловые
2. эмоциональные
3. физические
4. психологические

3. Видение субъекта общения другого человека как продолжения самого себя, наделение его своими чертами – это:

1. идентификация
2. эмпатия
3. рефлексия
4. соперничество

4. Существенный признак внушения:

1. некритичное восприятие информации
2. недоверие
3. критичность
4. требовательность

5. Осознанное внешнее согласие с группой при внутреннем расхождении с её позицией – это:

1. психическое заражение
2. конформизм
3. убеждение
4. подражание

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 оценочного средства

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **УК-4** (УК-4.1, УК-4.2) и **ОПК-9** (ОПК-9.3).

Примеры:

1. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **шизоидной** акцентуацией характера. Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

2. Молодой врач, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно

игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Проведите анализ ситуации по алгоритму:

1. Назовите причину и субъекты конфликта.
2. Классифицируйте конфликт:
 - Открытый/скрытый;
 - Внутриличностный/межличностный/между личностью и группой/межгрупповой/межорганизационный;
 - Конфликт ресурсов/конфликт интересов/конфликт ценностей/конфликт целей и средств достижения целей/конфликт правил взаимодействия/конфликт неудовлетворительных коммуникаций.
3. Определите этап конфликта.
4. Определите стратегии поведения сторон конфликта.
5. Определите возможные последствия конфликта (конструктивные и деструктивные).
6. Укажите методы и приемы, способствующие реализации стратегии сотрудничества в данной конфликтной ситуации.

3. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние «мнительного пациента» (классификация «особых» пациентов)

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

4. Опишите последовательность и эффективность организации 4 этапа медицинского интервью. Проиллюстрируйте на конкретных примерах.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оценивают отметками «выполнено», «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
УК-4.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения при профессиональном взаимодействии с коллегами . <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками ассертивного и конгруэнтного поведения, техниками снятия и регулирования эмоционального напряжения 	<p>Умеет</p> <p><u>Не может</u> - применять разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения при профессиональном взаимодействии с коллегами, <u>даже под руководством преподавателя.</u></p>

УК-4.2	<p>Умеет: применять на практике разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения и с учетом категорий пациентов, их индивидуально-личностными особенностями</p> <p>Владеет: навыками ассертивного и конгруэнтного поведения, техниками снятия и регулирования эмоционального напряжения.</p>	<p>Умеет <u>Не может</u> применять на практике разнообразные коммуникативные технологии в соответствии с этапами эффективного общения и с учетом категорий пациентов, их индивидуально-личностными особенностями, <u>даже под руководством преподавателя</u></p>
ОПК-9.3	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять контроль выполнением должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; - применять принципы эффективного общения при организации профессиональном взаимодействии с коллегами, в том числе с младшим медицинским персоналом. <p>Владеет: коммуникативными навыками для профессиональной организации медицинской деятельности персонала, находящегося в его распоряжении.</p>	<p>Умеет <u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять контроль выполнением должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; - применять принципы эффективного общения при организации профессиональном взаимодействии с коллегами, в том числе с младшим медицинским персоналом, <u>даже под руководством преподавателя</u>

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 «выполнено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: УК-4.1

1. Осознанное внешнее согласие с группой при внутреннем расхождении с её позицией – это:

1. психическое заражение
2. конформизм
3. убеждение
4. подражание

2. Преодоление всех барьеров общения – это соблюдение следующих условий:

1. понимание целей партнера
2. все перечисленные условия
3. понимание партнера, адекватное представление его точки зрения
4. знание индивидуальных особенностей партнера

3. Вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведет к скрытому возбуждению у другого человека намерений, не совпадающих с его актуально существующими желаниями, называется:

1. манипуляцией
2. суггестией
3. гипнозом

4. К какой тактике относится прием «закрытая дверь»:

1. ультимативной тактике
2. тактике выжимания уступок
3. тактике лавирования.

5. Столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, явлений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия, называется:

1. конфликтом
2. конкуренцией
3. соревнованием

6. Осознание человеком того, как он воспринимается и оценивается другими людьми, называется:

1. рефлексия
2. интроспекция
3. аттракция
4. нет ни одного правильного ответа

7. Распространение в условиях дефицита информации о человеке общего оценочного впечатления о нем на восприятие его поступков и личностных качеств называется:

1. эффект ореола
2. эффект бумеранга
3. установка
4. эффект первичности

8. Расстояние, которое обычно разделяет нас, когда мы находимся на официальных приемах и дружеских вечеринках –это:

1. личная зона
2. интимная зона
3. социальная зона
4. публичная зона

9. Для чего применяется «мозговой штурм»:

1. поддержать авторитет и власть руководителя
2. предотвратить панику
3. чтобы помочь группе достичь согласия по принимаемому решению
4. выработать новые, творческие подходы к решению проблемы

10. Какой из факторов является ограничивающим при групповом решении проблемы:

1. группа не может суммировать информацию
2. группа ошибается чаще, чем отдельный индивидуум
3. в группе реже случаются озарения, чем при индивидуальной работе
4. группе требуется больше времени, чем отдельному индивидууму

11. В какой ситуации вы примете самое рискованное решение:

1. под руководством вышестоящего лица

2. действуя в одиночку
3. находясь в группе
4. с деловым партнером

12. Член группы, за которым она признает право принимать ответственные решения в значимых для нее ситуациях:

1. преподаватель
2. руководитель
3. авторитет
4. лидер

13. Индивид, который наделен властью награждать и наказывать других членов своей группы:

1. авторитет
2. лидер
3. руководитель
4. преподаватель

14. Что из перечисленного имеет отношение к стратегиям поведения в конфликте:

1. уступка, уход, сотрудничество
2. компромисс, критика, борьба
3. борьба, уход, убеждение

15. Что относится к поведенческим конфликтогенам:

1. проявление агрессии, превосходства, эгоизма
2. редукция сознательной части психики
3. общение с конфликтными личностями

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: УК-4.2

1. Основные качества манипулятора:

1. недоверие к себе и другим
2. лживость
3. примитивность чувств
4. все ответы верны

2. Комплексное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждение, самосознание человека при многих психических и психосоматических заболеваниях - это реализация функции общения:

1. прагматической
2. управленческой
3. терапевтической
4. коммуникативной

3. Особенность невербального общения:

1. обусловлено импульсом подсознания
2. отсутствие возможности подделать эти импульсы
3. все ответы верны
4. его проявлениям доверяют больше, чем вербальному общению

4. Почему до настоящего времени встречаются неэффективные отношения между врачом и пациентом?

1. врач не имеет представления о понятии «стигматизация»
2. врач не придает особого значения общению с пациентом в терапевтическом процессе
3. врач не следует Эдинбургской декларации Всемирной федерации по медицинскому образованию
4. врач не ориентируется в принципах психотерапии
5. врач доверяет течение лечебного процесса взглядам пациента на данную проблему

5. Что такое эмпатия?

1. способность вчувствования в психологию другого человека
2. способность устанавливать раппорт
3. способность понимать мысли пациента
4. способность быть активным слушателем
5. способность эффективно коммуницировать с пациентом

6. В чем особенности врачебной деятельности как особой формы коммуникации?

1. способность устанавливать дружеские отношения с пациентом
2. способность построить терапевтический альянс «врач-пациент» и следовать биопсихосоциальной модели подхода к болезни
3. врач должен иметь специально оборудованный кабинет для общения с пациентом
4. врач должен иметь представление о нейролингвистическом программировании
5. врач должен обладать гипнотическими навыками

7. Что такое активное слушание?

1. слушать то, что говорит пациент, концентрироваться на фактах и уметь все суммировать
2. сидеть рядом с пациентом
3. обнимать пациента
4. дотрагиваться до пациента
5. кивать пациенту во время беседы

8. Какова роль наблюдения?

1. улавливание невербальной информации
2. улавливание улыбки пациента
3. улавливание печали пациента
4. подтвердить свои предположения во время беседы
5. выявить нежелание общаться

9. Какие правила невербального общения желательно соблюдать?

1. быть искренним
2. быть эмпатичным
3. принятие дружеской позы, не вторгаться в личное пространство пациента, невербально демонстрировать заинтересованность в беседе
4. сидеть со скрещенными руками на груди
5. сидеть рядом с пациентом на близком от него расстоянии

10. Чего обычно ждут пациенты от врача?

1. привлекательности врача
2. опрятности врача
3. человечности, компетентности, вовлечение пациентов в принятие решений
4. позитивных невербальных жестов
5. конструктивной критики

11. В каких случаях пациент может избегать говорить о своих проблемах?

1. не может сформулировать свою проблему
2. отталкивает неопытность врача
3. пациент считает, что ничего нельзя сделать, что худшие его опасения могут подтвердиться, врач не обладает эмпатией
4. у пациента проблемы с самопрезентацией
5. у пациента занижена самооценка

12. Что важно помнить врачу в процессе коммуникации?

1. имя пациента
2. гарантия врачебной тайны, использование слов, понятных пациенту
3. обещание хороших результатов в процессе терапии
4. подбор эффективных препаратов
5. данные анамнеза

13. С какой целью задаются закрытые вопросы?

1. для определения целей
2. для прояснения ситуации
3. для сбора анамнеза
4. для сбора катанмнеза
5. для установления раппорта

14. В каких случаях полезны открытые вопросы?

1. когда симптомы могут иметь психодинамическое значение
2. когда симптомы могут способствовать сбору анамнеза
3. когда симптомы выявляют скрытые желания пациента
4. когда симптомы раскрывают суть личности пациента
5. когда необходимо установить раппорт

15. Что содержат направляющие вопросы?

1. предположения
2. утверждения
3. замечания
4. целеполагания
5. опровержения

16. Изучение психики посредством общения называется

1. метод беседы
2. тестов
3. наблюдения
4. анкетирования
5. сбор объективного анамнеза

17. Частой ошибкой врача в процессе общения является:

1. «ошибочное мнение», что пациент его понял
2. ускоренная речь
3. неуместная улыбка
4. большое количество невербальных жестов
5. подбадривание пациента

18. Важным условием эффективного взаимодействия между врачом и пациентом является:

1. умение в короткое время собрать анамнез
2. резюмирование информации, сказанной пациентом
3. обаяние врача и пациента
4. высокий интеллект пациента
5. высокий интеллект врача

19. Что такое коммуникативная толерантность?

1. терпимость, снисходительность
2. нетерпимость врача по отношению к пациенту
3. нервозность врача
4. эмпатия
5. способность задавать открытые вопросы

20. Какова роль пациент-центрированного подхода в построении коммуникации?

1. повышает квалификацию врача
2. повышает социальный статус врача
3. пациент становится более раскованным и свободным
4. улучшает познания врача в отношении своего заболевания
5. улучшает невербальную коммуникацию

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: ОПК-9.3

1. Основным критерием эффективного управления с точки зрения менеджмента является:

1. использование руководителем преимущественно демократического стиля руководства;
2. благоприятный социально-психологический климат в коллективе;
3. авторитетность руководителя у подчиненных, коллег и вышестоящего руководства;
4. степень достижения организацией поставленных целей;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

2. Наиболее сложными для управления являются:

1. финансовые ресурсы;
2. информационные ресурсы;
3. кадровые ресурсы;
4. экономические ресурсы;
5. материальные ресурсы.

3. Манера поведения руководителя по отношению к подчиненным с целью побудить их к приложению трудовых усилий называется:

1. метод управления;
2. манера управления;
3. принцип управления;
4. стиль управления;
5. функция управления.

4. Наиболее оптимальным стилем управления является:

1. авторитарный;
2. демократический;
3. либеральный;
4. попустительский;

5. в работе эффективного руководителя в той или иной степени присутствует каждый из трех стилей руководства в зависимости от ситуации и иных факторов.

5. Когда возникает необходимость управления?

1. При желании производить товары и услуги.
2. При объединении людей для совместной деятельности.
3. При наличии собственности.
4. При определении стратегии развития предприятия.
5. При определении стратегии и тактики предприятия.

6. Осуществление постоянного текущего контроля выполнения работ, оптимальное использование выделенных ресурсов являются функциями руководителей

1. стратегического уровня управления;
2. тактического уровня управления;
3. оперативного уровня управления;
4. смешанного уровня управления;
5. пролонгированного уровня управления.

7. Видами контроля являются:

1. только предварительный контроль;
2. только текущий контроль;
3. только заключительный контроль;
4. предварительный, текущий и заключительный виды контроля;
5. предварительный, текущий, заключительный и личный виды контроля.

8. Определение ограничений принимаемого решения, оценка альтернативных вариантов действия производится в ходе принятия решения

1. запрограммированного;
2. незапрограммированного;
3. интуитивного;
4. суждения;
5. рационального.

9. Можно ли найти идеальное решение какой-либо конкретной проблемы?

1. Да, если у руководителя достаточно времени для его поиска.
2. Да, если руководитель обладает высоким управленческим потенциалом.
3. Нет, любое решение всегда будет иметь какие-либо негативные последствия.
4. Нет, любой руководитель думает в первую очередь о себе, и только потом – о своей организации.
5. Нет, руководителю всегда не будет хватать времени для поиска идеального варианта решения.

10. Контролируя ход работ, руководитель общается с подчиненными. Какую информацию он должен сообщать подчиненным?

1. Информацию о целях и задачах работы.
2. Информацию о принятых стандартах и допустимых отклонениях от них.
3. Информацию о достигнутых коллективом результатах работы.
4. Вся перечисленная информация должна доводиться до сведения подчиненных.
5. Никакие из перечисленных сведений не должны сообщаться подчиненным.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **гипертимной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

2. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **гипотимной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

3. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **шизоидной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

4. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **сензитивной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

5. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **истероидной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

6. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **паранойяльной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?

Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

7. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **эпилептоидной** акцентуацией характера (УК-4.2).

Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?
Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

8. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **психастеноидной** акцентуацией характера (УК-4.2).
Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?
Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

9. Выстройте модель эффективного общения врача с пациентом с **циклоидной** акцентуацией характера (УК-4.2).
Какие слабые стороны данного типа необходимо учитывать? На какие сильные стороны акцентуированного характера пациента вы будете опираться?
Проиллюстрируйте на примере конкретного фрагмента диалога, какие коммуникативные приемы и техники целесообразно использовать в медицинском интервью с данным пациентом?

10. Проанализируйте данную конфликтную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):
Медсестра должна делать уколы антибиотиков в определенное время (6 ч., 12 ч., 18 ч., 24 ч). Об этом знают пациенты. Но из-за большой загруженности последним пациентам процедура проводилась на полчаса позже. Один из пациентов возмутился и обратился с жалобой к врачу.

Алгоритм анализа:

1. Назовите причину и субъекты конфликта.
2. Классифицируйте конфликт:
 - Открытый/скрытый;
 - Внутриличностный/межличностный/между личностью и группой/межгрупповой/межорганизационный;
 - Конфликт ресурсов/конфликт интересов/конфликт ценностей/конфликт целей и средств достижения целей/конфликт правил взаимодействия/конфликт неудовлетворительных коммуникаций.
3. Определите этап конфликта.
4. Определите стратегии поведения сторон конфликта.
5. Определите возможные последствия конфликта (конструктивные и деструктивные).
6. Укажите методы и приемы, способствующие реализации стратегии сотрудничества в данной конфликтной ситуации.

11. Проанализируйте данную конфликтную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):
Пациент К., 38 лет, после автокатастрофы попадает в тяжелое состояние с большой потерей крови. Пациент нуждается в срочном переливании крови, но являясь представителем сообщества свидетелей Иеговы, категорически отказывается от процедуры, несмотря на настаивания врача. Врач, в целях спасения жизни больного, пренебрегает его мнением и проводит гемотранфузию. Пациент, оправившись после кровопотери, входит в конфликт с врачом.

Алгоритм анализа:

1. Назовите причину и субъекты конфликта.
2. Классифицируйте конфликт:

- Открытый/скрытый;
 - Внутриличностный/межличностный/между личностью и группой/межгрупповой/межорганизационный;
 - Конфликт ресурсов/конфликт интересов/конфликт ценностей/конфликт целей и средств достижения целей/конфликт правил взаимодействия/конфликт неудовлетворительных коммуникаций.
3. Определите этап конфликта.
 4. Определите стратегии поведения сторон конфликта.
 5. Определите возможные последствия конфликта (конструктивные и деструктивные).
 6. Укажите методы и приемы, способствующие реализации стратегии сотрудничества в данной конфликтной ситуации.

12. Проанализируйте данную конфликтную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

Молодой врач, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Алгоритм анализа:

1. Назовите причину и субъекты конфликта.
2. Классифицируйте конфликт:
 - Открытый/скрытый;
 - Внутриличностный/межличностный/между личностью и группой/межгрупповой/межорганизационный;
 - Конфликт ресурсов/конфликт интересов/конфликт ценностей/конфликт целей и средств достижения целей/конфликт правил взаимодействия/конфликт неудовлетворительных коммуникаций.
3. Определите этап конфликта.
4. Определите стратегии поведения сторон конфликта.
5. Определите возможные последствия конфликта (конструктивные и деструктивные).
6. Укажите методы и приемы, способствующие реализации стратегии сотрудничества в данной конфликтной ситуации.

13. Проанализируйте данную конфликтную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

Ординатор Ф., имея глубокие знания и хорошие профессиональные навыки, в конфликтных ситуациях с коллегами и пациентами обычно старается настоять на своем: логически убеждает в своей правоте, а иногда откровенно манипулирует или резко и демонстративно прерывает отношения с несогласными с ним. Такое поведение ухудшает работу всего коллектива.

Алгоритм анализа:

1. Назовите причину и субъекты конфликта.
2. Классифицируйте конфликт:
 - Открытый/скрытый;
 - Внутриличностный/межличностный/между личностью и группой/межгрупповой/межорганизационный;
 - Конфликт ресурсов/конфликт интересов/конфликт ценностей/конфликт целей и средств достижения целей/конфликт правил взаимодействия/конфликт неудовлетворительных коммуникаций.
3. Определите этап конфликта.
4. Определите стратегии поведения сторон конфликта.
5. Определите возможные последствия конфликта (конструктивные и деструктивные).
6. Укажите методы и приемы, способствующие реализации стратегии сотрудничества в данной конфликтной ситуации.

14. Какие техники регуляции и снижения эмоциональной напряженности можно использовать в ходе медицинского интервью на каждом этапе общения? Проиллюстрируйте на конкретных примерах (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

15. Приведите примеры конгруэнтного и неконгруэнтного поведения врача в ходе медицинского интервью (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

16. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«коммуникативно голодного пациента»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

17. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«пациента с неконтролируемым страхом перед болью»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

18. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«VIP-пациента»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

19. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«мнительного пациента»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

20. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«мнимого пациента»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.
- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

21. Охарактеризуйте эмоционально-психологическое состояние **«непослушного пациента»** (классификация «особых» пациентов) (УК-4.2):

- Определите роли и стратегии пациента данного типа при общении с врачом.

- Укажите, какие психологические (поведенческие) реакции на заболевание могут встречаться у пациентов данного типа.
- Какие коммуникативные приемы и технологии необходимо применять в общении и взаимодействии с данным типом пациента?

22. Опишите последовательность и эффективность организации 1 и 2 этапов медицинского интервью. Проиллюстрируйте на конкретных примерах (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

23. Опишите последовательность и эффективность организации 3 этапа медицинского интервью. Проиллюстрируйте на конкретных примерах (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

24. Опишите последовательность и эффективность организации 4 этапа медицинского интервью. Проиллюстрируйте на конкретных примерах (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

25. Опишите последовательность и эффективность организации 5 и 6 (заключительного) этапа медицинского интервью. Проиллюстрируйте на конкретных примерах (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3).

26. Проанализируйте данную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

Вы - молодой, начинающий врач, недавно закончивший ординатуру. Стали свидетелем того, как опытный специалист грубо оборвал повторные расспросы дочери пожилой пациентки, перенесшей инфаркт, о состоянии пациентки, о возможных последствиях и дальнейших рекомендациях. Врач сослался на то, что все необходимое родственнице пациентки было разъяснено).

Ваша реакция и дальнейшие действия. Какие принципы и критерии эффективного общения были нарушены в данном случае?

27. Проанализируйте данную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

Вы - недавно назначенный молодой руководитель медицинского коллектива. Диспетчер кол-центра в вашем присутствии некорректно, в повышенном тоне ответила абоненту, что у нее нет времени выслушивать жалобы на отсутствие записи к необходимому пациенту врачу в ближайшую неделю, и положила трубку.

Ваша реакция и дальнейшие действия. Какие принципы и критерии эффективного общения были нарушены в данном случае?

28. Проанализируйте данную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

Преподаватель во время занятия со студенческой группой решил проконсультировать пациентку с жалобами на боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, отрыжку, изжогу, тошноту. Расспрашивая больную при сборе анамнеза, он выяснил, что несколько лет назад она лечилась в кожно-венерологическом диспансере. Вопрос велся нарочито громко, явно для демонстрации студентам. Больная заплакала и ушла.

Какие принципы и критерии эффективного общения были нарушены в данном случае? Как следовало поступить в этой ситуации?

29. Какова должна быть Ваша тактика в отношении данного пациента (УК-4.2)?

На прием в отделение терапевтической стоматологии обратился пациент с диагнозом обострение хронического рецидивирующего стоматита. Из амбулаторной карты Вам стало известно, что он сотрудник Министерства здравоохранения. Пациент замкнут, на вопросы отвечает коротко и односложно. При осмотре диагноз подтвержден. Больной в течение сбора анамнеза и осмотра неоднократно подчеркивает, что он

пришел к Вам на прием только для получения рецептов на приобретение лекарственных препаратов, перечисленных в записке.

Варианты ответа

1. После установления места работы больного пригласите заведующего отделением и не станете осматривать пациента самостоятельно.
2. Будете довольствоваться коротким анамнезом. Проведете обследование больного с привлечением всех возможных методов и способов диагностики, даже тех, которые не являются необходимыми при заболевании пациента.
3. Попытайтесь преодолеть замкнутость пациента и собрать анамнез более подробно. Осмотрите пациента как обычного больного. Принимая во внимание тот факт, что он медицинский работник, учтете его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебно-профилактических мероприятий. Назначите обследование соответственно поставленному диагнозу. Проконсультируете пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначите необходимые исследования, лекарственные препараты и процедуры, не идя на поводу у пациента.
4. После установления места работы больного поверхностно обследуете пациента и назначите ему те лекарственные препараты, которые он требует.

30. Проанализируйте данную ситуацию (УК-4.1, УК-4.2, ОПК-9.3):

В родильное отделение поступила женщина с обильным кровотечением на 7 месяце беременности. В приемном отделении врач поставил диагноз: «отслойка нормально расположенной плаценты». При транспортировке пациентки, она теряет сознание в связи с кровопотерей. Ее переводят в операционный блок, где проводят операцию кесарево сечение. Когда пациентка пришла в сознание она предъявила претензии по поводу проведенной операции: «Почему операция была сделана без ее согласия?»
Какие медиативные принципы и технологии вы бы могли использовать при разрешении данной конфликтной ситуации в качестве посредника?

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»

Кафедра анестезиологии, реаниматологии, скорой медицинской помощи

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
«Неотложная помощь»

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

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия
Направленность: Терапия
Квалификация выпускника: врач-терапевт
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: Б1.О.6

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов компетенций	Этапы формирования
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Диагностирует состояния, требующие срочного медицинского вмешательства.	1 год обучения
	ОПК-10.2. Выполняет алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-10.	ОПК-10.1.	Знать: <ul style="list-style-type: none">- методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов;- методику физикального исследования пациентов;- этиологию, патогенез и клинику основных жизнеугрожающих синдромов;- клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания;- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики неотложных состояний. Уметь: <ul style="list-style-type: none">- распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;- обеспечивать надлежа-	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		<p>щий уровень специального обследования пациентов, оценивать тяжесть состояния больных при развитии критических и терминальных состояний;</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать динамический мониторинг за функцией жизненно-важных органов и систем, уметь анализировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, инструментальных данных. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценкой состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. 		
	ОПК-10.2.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; - лечение основных неотложных состояний в клинике инфекционных болезней. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выполнением мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации; - методическими подходами к лечению больных 		

		при развитии критических и терминальных состояний; - методами неотложной помощи и интенсивной терапии при развитии критических и терминальных состояний.		
--	--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: тестовые задания

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль сформированности компетенций **ОПК-10** (ОПК-10.1, ОПК-10.2)

Все задания с выбором одного правильного ответа.

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из 4-х предложенных.

Примеры:

1. Клиническим признаком фибрилляции желудочков является / являются
 - а. резкое снижение вольтажа зубцов по электрокардиограмме
 - б. отсутствие пульса на магистральных артериях
 - в. снижение систолического артериального давления
 - г. нитевидный пульс либо глухость тонов сердца аускультативно
 - д. все ответы правильные

2. Длительность экспираторного вдоха при проведении искусственной вентиляции легких безаппаратными методами должна составлять
 - а. несколько секунд, длительность принципиального значения не имеет
 - б. не более двух секунд
 - в. две-три секунды
 - г. одну секунду

3. Критерием разграничения экстренной и неотложной помощи является
 - а. срочность
 - б. угроза для жизни пациента
 - в. внезапность возникновения заболевания (состояния)
 - г. наличие осложнений
 - д. обострение хронического заболевания

4. К препаратам второй линии лечения анафилаксии относятся
 - а. ксантины
 - б. адреномиметики и бронхолитики
 - в. изотонический раствор натрия хлорида
 - г. препараты кальция
 - д. глюкокортикостероиды

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию ОПК-10 (ОПК-10.1, ОПК-10.2)

Пример:

Пациентка К., 52 года. Доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на затрудненный выдох, кашель с трудноотделяемой вязкой, слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой 15 лет. Ухудшение состояния связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций «Беротека» вынуждена увеличить до 15 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется.

При осмотре: состояние тяжелое. Возбуждена. Диффузный цианоз. Кожный покров влажный. Положение вынужденное – сидит. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Шумный свистящий выдох. При аускультации грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное, участки «немного» легкого. ЧСС 120 в минуту. АД-160/90 мм.рт.ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено», «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-10.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; - обеспечивать надлежащий уровень специального обследования пациентов, оценивать тяжесть состояния больных при развитии критических и терминальных состояний; - организовать динамический мониторинг за функцией жизненно-важных органов и систем, уметь анализировать 	<p>Умеет: <u>не способен</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; - обеспечивать надлежащий уровень специального обследования пациентов, оценивать тяжесть состоя-

	<p>показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, инструментальных данных.</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценкой состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. 	<p>ния больных при развитии критических и терминальных состояний;</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать динамический мониторинг за функцией жизненно-важных органов и систем, уметь анализировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, инструментальных данных.
ОПК-10.2	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выполнением мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации; - методическими подходами к лечению больных при развитии критических и терминальных состояний; - методами неотложной помощи и интенсивной терапии при развитии критических и терминальных состояний. 	<p>Умеет:</p> <p><u>не способен</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по практико-ориентированным заданиям проводится во время промежуточной аттестации

2.3. Критерии получения ординатором 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 индикаторы достижения компетенций: ОПК-10.1

1. Средняя продолжительность периода клинической смерти у взрослых при первичной внезапной остановке сердца при нормальной температуре тела и окружающей среды составляет

- а. от тридцати секунд до одной минуты
- б. от трех до пяти минут
- в. от восьми до десяти минут
- г. определенное время до появления достоверных признаков биологической смерти

2. Наиболее частым механизмом остановки сердца у детей раннего возраста является

- а. фибрилляция желудочков
- б. желудочковая двунаправленная-веретенообразная тахикардия
- в. электромеханическая диссоциация
- г. асистолия
- д. брадикардия с ЧСС менее 30 ударов в минуту

3. Проверка наличия пульса на магистральных артериях при подозрении на клиническую смерть должна осуществляться в течение

- а. 3-5 секунд
- б. 10 секунд
- в. 20 секунд
- г. одной минуты

4. К экстракардиальным причинам остановки кровообращения не относится / не относятся

- а. полная атриовентрикулярная блокада
- б. электротравма с прохождением линии тока через сердце
- в. кардиогенный шок на фоне инфаркта миокарда
- г. вторичное утопление («смерть в воде»)
- д. дилатационная кардиомиопатия

5. К основным диагностическим признакам остановки сердца относятся

- а. отсутствие сознания
- б. отсутствие дыхания или патологическое дыхание, не обеспечивающее адекватную вентиляцию
- в. отсутствие пульса на лучевых артериях
- г. отсутствие пульса на магистральных артериях
- д. изменение цвета кожного покрова (бледность, цианоз, мраморность)
- е. снижение кожной температуры
- ж. расширение зрачков
- з. наличие тяжелой травмы черепа

6. Ведущей причиной внезапной смерти у взрослых во всем мире является

- а. кардиальная патология
- б. патология центральной нервной системы
- в. травматическая болезнь
- г. патология, возникающая при острых экзогенных отравлениях
- д. онкопатология

7. Диагноз смерти мозга человека устанавливается
- а. специально приглашенным для этой цели врачом-неврологом
 - б. только руководителем лечебного учреждения
 - в. только консилиумом врачей
 - г. только заведующим профильным отделением
 - д. врачом-трансплантологом

8. Механизм остановки сердца, при котором отмечается прекращение механической и электрической активности миокарда, а на электрокардиограмме кривая электрической активности приближается к изолинии, называется
- а. желудочковой асистолией
 - б. тотальной асистолией
 - в. мелковолновой фибрилляцией желудочков
 - г. электромеханической диссоциацией
 - д. фибрилляцией предсердий
 - е. желудочковой тахикардией

9. К основным диагностическим признакам остановки сердца не относятся
- а. расширение зрачков
 - б. отсутствие фотореакции
 - в. отсутствие пульса на лучевых артериях
 - г. отсутствие пульса на магистральных артериях
 - д. изменение цвета кожного покрова (бледность, цианоз, мраморность)
 - е. снижение кожной температуры
 - ж. отсутствие сознания
 - з. наличие признаков массивной кровопотери

10. Если пациент находится на непрерывном мониторинге жизненных функций, то при определении прекращения гемодинамики по монитору следует
- а. выяснить причину остановки сердца и предрасполагающие факторы
 - б. в течение 30 секунд выявить наличие сознания, дыхания и пульса
 - в. немедленно приступить к сердечно-легочной реанимации
 - г. дождаться прибытия специалистов, которые начнут реанимационные мероприятия

11. В состав консилиума врачей для установления диагноза смерти мозга взрослого человека в обязательном порядке должны входить
- а. врач-анестезиолог-реаниматолог
 - б. врач скорой помощи
 - в. лечащий врач
 - г. врач-специалист по функциональной диагностике
 - д. врач-невролог
 - е. заведующий профильным отделением

12. Клиническим признаком фибрилляции желудочков является / являются
- а. резкое снижение вольтажа зубцов по электрокардиограмме
 - б. отсутствие пульса на магистральных артериях
 - в. снижение систолического артериального давления
 - г. нитевидный пульс либо глухость тонов сердца аускультативно
 - д. все ответы правильные

13. К экстракардиальным причинам остановки кровообращения относятся

- а. септический и анафилактический шоки
- б. атриовентрикулярные блокады
- в. тампонада сердца
- г. электротравма с прохождением линии тока через сердце
- д. кардиогенный шок на фоне инфаркта миокарда

14. Проверка наличия и адекватности дыхания при подозрении на клиническую смерть должна осуществляться

- а. по принципу «вижу-слышу-ощущаю»
- б. только аускультативно с применением фонендоскопа
- в. методом поднесения зеркала к носу и ко рту пациента
- г. с помощью ватки или перышка, поднесенного к носу и ко рту пациента

15. Наиболее частым механизмом остановки сердца у взрослых является

- а. желудочковая асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. тотальная асистолия
- г. электромеханическая диссоциация

16. Развившаяся III степень тяжести анафилактического шока характеризуется в том числе

- а. утратой сознания
- б. чувством беспокойства
- в. уровнем артериального давления не ниже 90/60 мм рт. ст.
- г. шумом в ушах, головной болью

17. Для острого злокачественного течения анафилактического шока характерны

- а. хороший эффект от своевременной и адекватной терапии, благоприятный исход
- б. манифестация после проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или частичный эффект, и неблагоприятный исход
- в. частая резистентность к терапии и неблагоприятный исход
- г. развитие повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов и неблагоприятный исход

18. Наиболее прогностически благоприятным вариантом течения анафилактического шока является

- а. рецидивирующее течение
- б. затяжной характер течения
- в. острое злокачественное течение
- г. abortивное течение

19. Анафилактическая реакция представляет собой

- а. IgG-опосредованную реакцию
- б. IgE-обусловленную реакцию
- в. IgM-опосредованную реакцию
- г. прямую дегрануляцию тучных клеток

20. При геморрагическом шоке сердечный выброс уменьшается вследствие

- а. миокардиальной недостаточности
- б. снижения венозного возврата
- в. снижения общего периферического сопротивления
- г. развития острой левожелудочковой недостаточности

21. Гиповолемиа характеризуется
- а. низким ударным объемом
 - б. высоким сердечным выбросом
 - в. увеличением центрального венозного давления
 - г. снижением пульсового давления

22. Какой наиболее частый источник тромбозов при тромбоэмболии легочной артерии?
- а. поверхностные вены нижних конечностей
 - б. глубокие вены нижних конечностей
 - в. вены брюшной полости
 - г. вены малого таза
 - д. полости предсердий и желудочков сердца

23. Какой из перечисленных признаков характерен для кардиогенного отека легких?
- а. скудная, стекловидная, отходящая с трудом мокрота
 - б. обильная пенящаяся мокрота
 - в. заболевания легких в анамнезе
 - г. относительно молодой возраст пациента

24. Какой из перечисленных этиологических факторов развития отека легких относится к кардиальным?
- а. отек легких на высоте
 - б. шок анафилактический, септический
 - в. тяжелая травма грудной клетки
 - г. трансфузионная гиперволемиа
 - д. нестабильная стенокардия

25. Какой из перечисленных этиологических факторов развития отека легких относится к некардиальным?
- а. нестабильная стенокардия
 - б. инфаркт миокарда
 - в. аортальные пороки сердца
 - г. митральные пороки сердца
 - д. тяжелый аритмогенный шок
 - е. отек легких на высоте

26. Какой симптом из перечисленных характерен для шока в фазе компенсации?
- а. тахикардия
 - б. угнетение сознания до уровня комы
 - в. отсутствие пульса при пальпации на периферических артериях
 - г. формирование шокового легкого

27. Какие из перечисленных метаболических нарушений характерны для шока?
- а. гипогликемия
 - б. снижение внеклеточной осмолярности
 - в. снижение уровня свободных жирных кислот
 - г. ацидоз
 - д. лимфоцитоз

18. К основному механизму развития вентиляционной острой дыхательной недостаточности относится

- а. гиповентиляция
- б. гипервентиляция
- в. нарушение диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану
- г. нарушение вентиляционно-перфузионных отношений в легких

29. Нарушение газообмена при тяжелой травме грудной клетки может быть обусловлено

- а. гипервентиляцией
- б. расстройством кровообращения в системе микроциркуляции
- в. нарушением проходимости трахеобронхиального дерева
- г. пневмотораксом

30. Ключевое звено патогенеза бронхиальной астмы

- а. глюкокортикоидная недостаточность
- б. повышенная чувствительность альфа-адренорецепторов
- в. повышенное содержание гистамина
- г. гиперреактивность бронхов

31. Какой ведущий признак астматического статуса III стадии?

- а. гипоксическая кома
- б. редкое поверхностное дыхание
- в. при аускультации не выслушиваются дыхательные шумы и хрипы
- г. резкое снижение артериального давления

32. Для кетоацидотической комы характерно

- а. внезапность развития
- б. повышенная потливость
- в. гипертонус мышц
- г. дегидратация

33. Гипергликемический гиперосмоляльный статус

- а. чаще развивается у лиц старше 50 лет
- б. чаще развивается у молодых пациентов
- в. чаще развивается при сахарном диабете I типа
- г. встречается чаще чем кетоацидотическая кома

34. К провоцирующим факторам развития гипогликемической комы относится

- а. передозировка инсулина
- б. голодание
- в. физическая нагрузка
- г. прием алкоголя
- д. прием бета-блокаторов
- е. все перечисленное

35. Для гипогликемической комы характерно

- а. поверхностное аритмичное дыхание
- б. дыхание Куссмауля
- в. атактическое дыхание
- г. дыхание Чейн-Стокса

36. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

- а. 1 суток
- б. 1 недели
- в. 8-12 часов
- г. 1 месяца

37. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является

- а. снижение системного перфузионного давления
- б. повышение агрегации форменных элементов крови
- в. повышение активности свертывающей системы крови
- г. ухудшение реологических свойств крови с повышением ее вязкости

38. Для эмболии мозговых артерий характерно

- а. постепенное угнетение сознания
- б. постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
- в. развитие отека соска зрительного нерва на стороне эмболии
- г. внезапное развитие очаговой симптоматики
- д. постепенное прогрессирование общемозговой симптоматики

39. У молодого человека без видимой причины повысилась температура до фебрильных цифр, появилась общая слабость, головная боль, рвота, угнетение сознания, сменяющееся психомоторным возбуждением, светобоязнью. Выражены менингеальные симптомы. Предварительный диагноз:

- а. абсцесс мозга
- б. бактериальный менингит
- в. серозный менингит
- г. инфекционно-аллергический менингоэнцефалит

40. Клинические признаки, которые используются для выяснения глубины угнетения сознания по шкале Глазго

- а. сохранность сухожильных рефлексов, открывание глаз, адекватность словесных ответов
- б. открывание глаз, адекватность словесных ответов, очаговые симптомы нарушения функции нервной системы
- в. адекватность словесных ответов, сохранность сухожильных рефлексов, общемозговая и менингеальная симптоматика
- г. открывание глаз, адекватность словесных ответов, признаки характеризующие двигательную активность

Контролируемые индикаторы достижения компетенций: ОПК-10.2

1. Реанимационные мероприятия не проводятся

- а. при наличии признаков биологической смерти
- б. если время, прошедшее с момента смерти, превышает 20 минут
- в. при наличии отказа от проведения реанимационных мероприятий
- г. при отсутствии необходимого оборудования и медикаментов
- д. при наличии травмы, несовместимой с жизнью
- е. у пациента с предполагаемым диагнозом «смерть мозга»

2. К одному из ключевых положений современных протоколов сердечно-легочной реанимации у взрослых относится

- а. недопустимость гипервентиляции
- б. приоритет вентиляции над непрямым массажем сердца
- в. применение электродефибрилляции вне зависимости от механизма остановки сердца (асистолия, фибрилляция, ЭМД)
- г. приоритет внутрикостного введения лекарственных препаратов
- д. приоритет эндотрахеального введения лекарственных препаратов

3. Первым этапом комплекса сердечно-легочной реанимации у взрослых при отсутствии дефибриллятора является

- а. обеспечение и поддержание проходимости ВДП
- б. осуществление искусственной вентиляции легких
- в. осуществление компрессий грудной клетки
- г. внутривенное или внутрикостное введение адреналина
- д. выполнение тройного приема Сафара

4. Частота компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий должна составлять

- а. от 100 до 120 в одну минуту
- б. от 80 до 100 в одну минуту
- в. более 120 за одну минуту
- г. не менее 150 за одну минуту у детей раннего возраста

5. Длительность пассивного выдоха при проведении искусственной вентиляции легких безаппаратными методами должна составлять

- а. одну секунду
- б. две-три секунды
- в. не более двух секунд
- г. длительность принципиального значения не имеет

6. При проведении базовой сердечно-легочной реанимации одним человеком при невозможности восстановления проходимости дыхательных путей оптимальной тактикой является

- а. осуществление кониотомии или трахеотомии подручными средствами с последующим проведением ИВЛ и компрессий грудной клетки
- б. выполнение форсированных экспираторных вдохов значительно большим объемом воздуха с последующим проведением компрессий грудной клетки
- в. не выполнение никаких действий до приезда специалистов, которые обеспечат проходимость дыхательных путей и начнут расширенную реанимацию
- г. выполнение только компрессий грудной клетки с частотой от 100 до 120 в минуту без перерывов на ИВЛ

7. Стартовый (первый) разряд бифазного ручного дефибриллятора при проведении сердечно-легочной реанимации у детей должен составлять

- а. 360 Дж
- б. не более 120 Дж
- в. 2 Дж/кг
- г. 4-6 Дж/кг
- д. 8 Дж/кг

8. В соответствии с современными клиническими рекомендациями при проведении реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе для лекарственного обеспечения целесообразно использовать доступ

- а. внутривенный или внутрикостный
- б. внутривенный или эндотрахеальный
- в. внутримышечный или внутривенный
- г. внутривенный или внутрисердечный

9. Алгоритм реанимационных мероприятий, известный как «схема ABC», разработан

- а. В.А.Неговский
- б. П.Золл
- в. Н.Л.Гурвич
- г. П.Сафар

10. Для проведения эффективных реанимационных мероприятий пациент должен находиться

- а. в том положении, в котором был обнаружен (нельзя изменять положение пациента)
- б. в стабильном боковом положении для предотвращения нарушений проходимости верхних дыхательных путей
- в. в обязательном порядке в положении с приподнятыми ногами
- г. в горизонтальном положении на спине

11. Глубина компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий у взрослых пациентов должна составлять

- а. от 5 до 6 см
- б. от 3 до 4 см
- в. от 9 до 10 см
- г. более 10 см

12. Соотношение компрессий / декомпрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий должно быть следующим

- а. продолжительность компрессий и декомпрессий может варьировать
- б. продолжительность компрессий и декомпрессий одинакова
- в. компрессия длится дольше, чем декомпрессия (приблизительно в 2 раза)
- г. декомпрессия длится дольше, чем компрессия (приблизительно в 2 раза)
- д. три к одному

13. Выполнение тройного приема сафара подразумевает

- а. открывание рта, удаление съемных зубных протезов, санацию ротоглотки
- б. запрокидывание головы, открывание рта, удаление съемных зубных протезов
- в. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, интубацию трахеи
- г. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, открывание рта

14. В первую очередь при внезапной кардиальной смерти, обусловленной желудочковой тахикардией без пульса, необходимо выполнить (если есть возможность выполнить сразу любое из перечисленных мероприятий) у взрослых пациентов

- а. искусственную вентиляцию легких
- б. электрокардиостимуляцию
- в. электродефибрилляцию
- г. введение адреналина и амиодарона

15. При проведении сердечно-легочной реанимации нельзя прикасаться к пациенту во время

- а. процесса наложения электродов дефибриллятора

- б. анализа дефибрилятором сердечного ритма
- в. в течение 10 секунд после нанесения дефибрилятором электрического разряда
- г. осуществления пациенту экспираторного вдоха
- д. любой из перечисленных манипуляций

16. При проведении расширенной сердечно-легочной реанимации если пациент интубирован, соотношение компрессий / вентиляций должно быть следующее

- а. 100-120 компрессий в минуту и 10 экспираторных вдохов в минуту независимо друг от друга
- б. 30 компрессий грудной клетки в минуту с последующим осуществлением двух экспираторных вдохов
- в. 15 компрессий грудной клетки в минуту с последующим осуществлением двух экспираторных вдохов
- г. 5 компрессий грудной клетки в минуту с последующим осуществлением одного экспираторного вдоха

17. Наиболее надежным методом восстановления и поддержания проходимости верхних дыхательных путей является

- а. интубация трахеи
- б. применение S-образного воздуховода
- в. применение Г-образного воздуховода
- г. применение ларингеальной маски
- д. применение комбинированной пищеводно-трахеальной трубки

18. Стартовая доза адреналина при проведении реанимационных мероприятий у взрослых должна составлять

- а. 5 мг
- б. 10 мг
- в. 1 мг
- г. 1 мг/кг
- д. 0,1 мг

19. Оптимальным соотношением компрессий / вентиляций при проведении сердечно-легочной реанимации у взрослых является

- а. любое соотношение
- б. два к пятнадцати
- в. один к пяти или два к пятнадцати (что зависит от числа реаниматоров)
- г. тридцать к двум

20. Длительность экспираторного вдоха при проведении искусственной вентиляции легких безаппаратными методами должна составлять

- а. несколько секунд, длительность принципиального значения не имеет
- б. не более двух секунд
- в. две-три секунды
- г. одну секунду

21. При обеспечении проходимости верхних дыхательных путей разгибание шеи (запрокидывание головы) противопоказано

- а. при наличии инородных тел в носоглотке, ротоглотке и гортани
- б. при подозрении на травму шейного отдела позвоночника
- в. при подозрении на нарушение вертебрального кровообращения
- г. в случае успешности проведенных реанимационных мероприятий

д. при падении с высоты

22. Компрессии грудной клетки при сердечно-легочной реанимации у взрослых осуществляются

- а. двумя руками в точке на границе верхней и средней трети грудины левее от средней линии
- б. всей поверхностью ладони и пальцами одной руки в точке непосредственно над мечевидным отростком
- в. всей поверхностью ладони и пальцами одной руки, поверх которой устанавливается вторая рука
- г. основанием ладони одной руки, поверх которой устанавливается основание другой руки
- д. строго по средней линии по вертикали

23. Реанимационные мероприятия у взрослых пациентов прекращаются

- а. при неэффективности реанимации в течение 30 минут
- б. при неэффективности реанимации в течение 15-20 минут
- в. при отсутствии сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме
- г. при возникновении осложнений во время проведения СЛР

24. Амиодарон должен применяться во время реанимационных мероприятий при следующих видах (механизмах) остановки сердца

- а. желудочковая асистолия
- б. тотальная асистолия
- в. фибрилляция желудочков
- г. желудочковая тахикардия без пульса
- д. электромеханическая диссоциация
- е. при Shockable Rhythms, резистентных к электроимпульсной терапии

25. Современные принципы интенсивной терапии постреанимационного периода подразумевают в первую очередь

- а. восстановление коронарного кровотока
- б. поддержание нормотензии
- в. обеспечение управляемой гипотензии
- г. обязательное обеспечение гипотермии
- д. поддержание нормогликемии

26. К неотложной медицинской помощи относится

- а. медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента
- б. медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
- в. медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента
- г. помощь в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения

27. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно

- а. любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы
- б. только государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения
- в. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию

- г. только специализированными медицинскими организациями
- д. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь

28. Критерием разграничения экстренной и неотложной помощи является

- а. срочность
- б. угроза для жизни пациента
- в. внезапность возникновения заболевания (состояния)
- г. наличие осложнений
- д. обострение хронического заболевания

29. К препаратам второй линии лечения анафилаксии относятся

- а. ксантины
- б. адреномиметики и бронхолитики
- в. изотонический раствор натрия хлорида
- г. препараты кальция
- д. глюкокортикостероиды

30. Селективным легочным вазодилататором является

- а. нитроглицерин
- б. нитропруссид натрия
- в. оксид азота
- г. сульфат магния

31. Внутривенное введение адреналина гидрохлорида вызывает

- а. снижение сократимости миокарда
- б. повышение сократимости миокарда
- в. умеренное повышение температуры тела
- г. умеренное снижение артериального давления

32. Препаратом первой линии, препаратом выбора для лечения анафилаксии является

- а. преднизолон
- б. эпинефрин
- в. гидрокортизон
- г. хлорпирамин

33. Назначение наркотических анальгетиков при кардиогенном отеке легких

- а. малоэффективно
- б. противопоказано
- в. обеспечивает так называемую "бескровную флеботомию"
- г. усиливает гиперкатехоламинемия

34. У 20-летнего пациента после приступа кашля появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка. Дыхательные шумы справа не прослушиваются, перкуторно - высокий тимпанический звук. Ему необходимо

- а. выполнить трахеостомию
- б. обеспечить дыхание с положительным перемежающимся давлением 100% O₂
- в. выполнить дренирование плевральной полости
- г. выполнить интубацию трахеи
- д. выполнить аспирацию слизистой пробки из правого главного бронха

35. Принципами оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности являются:

- а. восстановление проходимости верхних дыхательных путей
- б. санация мокроты
- в. кислородотерапия
- г. коррекция сопутствующих нарушений функции органов и систем
- д. все перечисленное

36. При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь включает

- а. подавление кашлевого рефлекса
- б. стимуляцию кашля
- в. поддержание проходимости дыхательных путей
- г. применение препаратов, содержащих кофеин

37. Стартовая инфузионная терапия сепсиса подразумевает использование

- а. полиионных сбалансированных растворов
- б. гипертонических солевых растворов
- в. гидроксипроксиэтилкрахмалов
- г. альбумина
- д. криоплазмы

38. При кетоацидотической коме на догоспитальном этапе осуществляется

- а. инсулинотерапия в режиме «больших доз»
- б. введение катехоламинов
- в. введение глюкокортикоидов
- г. коррекция ацидоза гидрокарбонатом натрия
- д. регидратация

39. На догоспитальном этапе при газвитии гипогликемической комы с угнетением сознания до 8 баллов по шкале Глазго в первую очередь необходимо

- а. дать продукты, содержащие легкоусваиваемые углеводы (сахар, мед и пр.)
- б. ввести адреналин подкожно
- в. начать капельную инфузию 5% раствора глюкозы
- г. внутривенно ввести концентрированный раствор глюкозы
- д. ввести кокарбоксылазу

40. У больного с генерализованным судорожным припадком на месте необходимо

- а. предупредить травму головы и туловища (укладкой, поддержкой).
- б. измерить артериальное давление и в случае высокой гипертензии ввести гипотензивные средства.
- в. начать инфузионную терапию.
- г. плотно фиксировать больного к кровати.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Вы – врач-специалист.

Пациент 20 лет, доставлен в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии матерью на собственном автомобиле. Со слов матери, страдает сахарным диабетом с 5 лет, получает 22 ЕД инсулина в сутки. Ходил в поход на два дня, инъекции инсулина не делал. По возвращении домой жаловался на слабость, сонливость, жажду, потерю аппетита. Вечером потерял сознание.

Объективно: кожные покровы сухие, щеки румяные, мускулатура вялая, зрачки сужены, реакция на свет отсутствует, тонус глазных яблок снижен, Рс 90 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., ЧДД 24 в 1 секунду, в выдыхаемом воздухе запах ацетона.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 2

Вы – врач-специалист.

В приемное отделение больницы скорой помощи поступил пациент 55 лет. После физической нагрузки возникли сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией по всей грудной клетке, которые длятся уже 1,5 часа. Принимал валидол, корвалол без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое, сознание на уровне оглушения, кожные покровы бледные, покрытые каплями пота, пульс 130 в 1 мин. аритмичный, крайне слабого наполнения, АД 90/60 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 3

Пострадавший извлечен из воды. Сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует. Лицо фиолетово-синее, кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. Пульс на а. Carotis не определяется, на а. Radialis – отсутствует. Редкие судорожные дыхательные движения. Зрачки широкие диаметром 6 мм, фотореакция отсутствует. На ЭКГ регистрируется изолиния.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 4

Женщина 67 лет обнаружена родственниками дома без сознания. Лежит на полу на спине. Лицо и видимые слизистые цианотичные. На вопросы больная не отвечает, глаза не открывает, на уколы не реагирует. Пульс на а. Carotis пальпируется, на а. Radialis – слабого наполнения, нитевидный 54 в 1 мин. Зрачки диаметром 3 мм, при поднимании верхнего века зрачок медленно сужается. Артериальное давление 60 и 40 мм рт.ст. Дыхание редкое, поверхностное, вдох затруднен, ЧДД 8 в 1 мин. При аускультации в нижних отделах дыхательные шумы резко ослаблены. На столе обнаружено несколько пустых упаковок от различных лекарственных препаратов.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 5

Пациентка К., 52 года. Доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на затрудненный выдох, кашель с трудноотделяемой вязкой, слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой 15 лет. Ухудшение состояния связывает с перенесенным ОРВИ. Количе-

ство ингаляций «Беротека» вынуждена увеличить до 15 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется.

При осмотре: состояние тяжелое. Возбуждена. Диффузный цианоз. Кожный покров влажный. Положение вынужденное – сидит. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Шумный свистящий выдох. При аускультации грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное, участки «немого» легкого. ЧСС 120 в минуту. АД-160/90 мм.рт.ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 6

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

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 7

Ночью бригада скорой помощи вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда. Пациент без оказания помощи доставлен в приемное отделение ближайшего стационара.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. ЧДД 26 уд./мин., инспираторное удушье. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 8

Больная П., 48 лет. Жалобы на нарастающее удушье, кашель с пенистой с примесью крови мокроты. Со слов больной 15 лет страдает пороком сердца. В последние 2-3 месяца состояние ухудшилось, беспокоит одышка при умеренной физической нагрузке, сухой кашель, появляющийся в положении лежа.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз. ЧДЦ - 28 в минуту, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно левая граница – по левой среднеключичной линии, верхняя - на 2-м ребре, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации выслушивается масса влажных разнокалиберных хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, I тон усилен, на верхушке выслушивается диастолический шум с пресистолическим усилением, пульс 120 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).

2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 9

Мужчина 48 лет лежит на диване. В сознании.

Со слов жены, 4 часа тому назад пожаловался на сильную головную боль в области затылка слева, слабость и онемение в правых конечностях, особенно в руке. Был уложен в постель. При вставании с постели около 0,5 часа назад резко возросла слабость в конечностях, с трудом выговаривал слова, плохо понимал речь жены.

В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 8 лет с цифрами АД 140-150/80-85 mm Hg и периодическим повышением до 170/90 mm Hg, лечился амбулаторно, не систематически.

Объективно: Состояние тяжелое. Органы дыхания без особенностей. ЧДД = 18, дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет.

Пульс 66 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 170/100 mm Hg. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой.

Неврологический статус: ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига слева. Девиация языка вправо. Правосторонний гемипарез с преобладанием в руке; движения в плечевом суставе отсутствуют, в тазобедренном и коленном суставах движения в полном объеме, в голеностопном и пальцах стопы - ограничен. Сухожильные рефлексы преобладают справа, рефлекс Бабинского с обеих сторон, моторная и сенсорная афазия.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 10

Вы идете домой с работы. Во дворе у подъезда видите лежащего молодого человека. Без сознания. Дыхание и пульс не определяются. В ротовой полости – рвотные массы. По ходу вен – «дорожки» следов инъекций.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
1. Определите тактику врача в данной ситуации (ОПК-10.2).
2. Назовите особенности оказания реанимационной помощи в данной ситуации (ОПК-10.2).
3. Составьте алгоритм реанимационных мероприятий в данной ситуации (ОПК-10.2).

№ 11

Вызов на дом врача скорой помощи. Мужчина 60 лет, жалобы на нарушение речи (по типу «каши во рту»), общую слабость, головокружение, головную боль (умеренно выраженную), онемение в правых конечностях и правой половине лица. Болеет второй день. Сначала онемели правые конечностях, сегодня с утра появились нарушения речи.

Объективно: АД 120/70 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту, температура 36,6 град. С. Опущен угол рта справа, опущено правое веко. Снижена чувствительность в правых конечностях. Сила мышц рук и ног чуть снижена справа. Походка нарушена: слегка подволакивает правую ногу. Речь нарушена: нечетко выговаривает слова, «проглатывает» окончания фраз. Понимание речи сохранено.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

№ 12

У 18 летней пациентки с инсулинозависимым сахарным диабетом в течение недели, со слов родственников, отмечались слабость, тошнота, рвота, оглушенность. По рекомендации врача получала 32 ед. протофана, 8 ед. актрапида. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось - пациентка из социально неблагополучной семьи.

Объективно: без сознания, гиперемия лица, кожа и слизистые сухие, тургор снижен, "мягкие" глазные яблоки, тоны сердца приглушены, пульс 70 в мин. малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание.

Задания:

1. Определите неотложное состояние (ОПК-10.1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи и обоснуйте его (ОПК-10.2).
3. Определите дальнейшую тактику (ОПК-10.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановский государственный медицинский университет»

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии, эндокринологии и диетологии

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины
«Фтизиатрия»**

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

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.7

1. Паспорт ОС по дисциплине «Фтизиатрия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Этапы формирования
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследование пациентов. ОПК-4.2. Назначает дополнительные методы исследования. ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-4	ОПК-4.1.	<p>Знать: Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с туберкулезом в практике врача - терапевта Особенности течения туберкулеза в практике врача - терапевта и коморбидных состояний у взрослого населения</p> <p>Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с туберкулезом в практике врача - терапевта Проводит физикальное обследование пациентов с туберкулезом в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты Сформировать группу лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом</p> <p>Владеть: Методикой сбора жалоб, анамнеза</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

	<p>болезни, анамнеза жизни у пациента с туберкулезом в практике врача-терапевта</p> <p>Проведением и интерпретацией результатов опроса, полученных физикальных данных, результатов современных лабораторных и инструментальных методов исследования;</p>		
ОПК-4.2.	<p>Знать:</p> <p>Основные методы выявления туберкулеза в учреждениях ПМСП и роль врача терапевта в своевременном выявлении больных туберкулезом</p> <p>Принципы и методы диагностики различных форм туберкулеза, показания и противопоказания к их использованию</p> <p>Уметь:</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с туберкулезом в терапевтической практике.</p> <p>Применять и интерпретировать результаты обязательных методов лабораторного и инструментального исследования при подозрении у больного на туберкулез</p> <p>Владеть:</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p>		
ОПК-4.3.	<p>Знать:</p> <p>Клиническую классификацию туберкулеза</p> <p>Клиническую картину туберкулеза органов дыхания и внелегочных форм</p> <p>Основные принципы построения клинического диагноза</p> <p>Клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза</p> <p>Медицинские показания для направления пациента на консультацию к фтизиатру</p>		

Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях

Уметь:

Сформировать группы риска по туберкулезу

Осуществлять раннее выявление и диагностику туберкулеза

Проводить дифференциальную диагностику туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний

Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза органов дыхания и своевременно направить больного в специализированное противотуберкулезное учреждение

Обосновывать направление пациента с туберкулезом в терапевтической практике к фтизиатру при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.

Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с туберкулезом, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента.

	<p>Интерпретировать заключения, полученные от фтизиатра</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Владеть:</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза туберкулеза с учетом МКБ в соответствии с клинической классификацией;</p> <p>Алгоритмом проведения дифференциальной диагностики неврологических заболеваний в терапевтической практике;</p> <p>Дифференциальной диагностикой туберкулеза органов дыхания и неспецифической бронхо-легочной патологии</p>	
--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

Тестовый контроль сформированности компетенций **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)
 Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

1. Патогномичным симптомом туберкулеза органов дыхания является:

- 1) субфебрилитет;
- 2) кашель;
- 3) одышка;
- 4) патогномичных симптомов нет;

2. Диагноз туберкулеза позволяют верифицировать следующие методы:

- 1) клинические проявления заболевания;
- 2) бактериологическое исследование материала на МБТ;
- 3) туберкулинодиагностика;
- 4) лучевые методы диагностики;

3. Инfiltrативный туберкулез легких необходимо дифференцировать:

- 1) с саркоидозом;
- 2) с пневмонией;
- 3) с эмфиземой;
- 4) с альвеолитом;

2.1.2. Критерии и шкала оценки

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

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

Пример:

Больной С., 35 лет, слесарь, вызвал на дом участкового терапевта в связи с повышением температуры тела до фебрильных цифр, кашля со слизистой мокротой, снижением аппетита, слабостью в течение 1,5 месяцев. При ФО выявлены изменения в легких. С диагнозом острая пневмония был госпитализирован в терапевтическое отделение городской больницы, где был проведен курс неспецифической антибактериальной терапии без эффекта, в связи с чем был вызван на консультацию фтизиатр. Из анамнеза: год назад освобожден из пенитенциарного учреждения, где находился 2,5 года и флюорографически не обследовался. Курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧД-16 в мин При перкуссии и аускультации изменений не выявлено. PS-70 в мин, ритмичный. АД 110/70 мм РТ ст. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Данные дополнительных методов обследования и рентгенограмма органов грудной клетки прилагаются.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено», «не выполнено».

Компетенция	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-4.1	<p>Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с туберкулезом в практике врача - терапевта Проводить физикальное обследования пациентов с туберкулезом в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты Сформировать группу лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом</p> <p>Владеет: Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с туберкулезом в практике врача-терапевта</p>	<p>Не способен применять: сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с туберкулезом в практике врача - терапевта Проводить физикальное обследования пациентов с туберкулезом в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты Сформировать группу лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом</p>

	Проведением и интерпретацией результатов опроса, полученных физикальных данных, результатов современных лабораторных и инструментальных методов исследования;	
ОПК-4.2	<p>Умеет: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с туберкулезом в терапевтической практике. Применять и интерпретировать результаты обязательных методов лабораторного и инструментального исследования при подозрении у больного на туберкулез</p> <p>Владеет: Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты. Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p>	<p>Не способен: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с туберкулезом в терапевтической практике. Применять и интерпретировать результаты обязательных методов лабораторного и инструментального исследования при подозрении у больного на туберкулез.</p>
ОПК-4.3	<p>Умеет: Сформировать группы риска по туберкулезу Осуществлять раннее выявление и диагностику туберкулеза Проводить дифференциальную диагностику туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза органов дыхания и своевременно направить больного в специализированное противотуберкулезное учреждение Обосновывать направление пациента с туберкулезом в терапевтической практике к фтизиатру при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях. Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с туберкулезом, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому</p>	<p>Не способен: Сформировать группы риска по туберкулезу Осуществлять раннее выявление и диагностику туберкулеза Проводить дифференциальную диагностику туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза органов дыхания и своевременно направить больного в специализированное противотуберкулезное учреждение Обосновывать направление пациента с туберкулезом в терапевтической практике к фтизиатру при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного</p>

	<p>специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента. Интерпретировать заключения, полученные от фтизиатра Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Владеть: Алгоритмом постановки диагноза туберкулеза с учетом МКБ в соответствии с клинической классификацией; Алгоритмом проведения дифференциальной диагностики неврологических заболеваний в терапевтической практике; Дифференциальной диагностикой туберкулеза органов дыхания и неспецифической бронхолегочной патологии</p>	<p>стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях. Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с туберкулезом, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента. Интерпретировать заключения, полученные от фтизиатра Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p>
--	---	---

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4,3)

1. Уникальная устойчивость МБТ обеспечивается:

1. микрокапсулой;
2. ядерной субстанцией;
3. цитоплазматической мембраной;
4. клеточной стенкой;

2. Патоморфоз туберкулеза — это:

1. снижение заболеваемости;
2. изменение свойств возбудителя;
3. изменение морфологических проявлений и биологического вида возбудителя;
4. изменение морфологических проявлений и клинического течения заболевания.

3. Наиболее специфичный морфологический признак туберкулезного воспаления:

1. эпителиоидно-клеточная трансформация;

2. образование гигантских многоядерных клеток Лангханса;
 3. творожистый некроз;
 4. кальцинация;
4. Ведущим механизмом защиты человека от туберкулезной инфекции является:
1. гиперчувствительность замедленного типа;
 2. гиперчувствительность немедленного типа;
 3. иммунологическая толерантность;
 4. антителообразование.
5. Латентная (скрытая) туберкулезная инфекция — это:
1. отсутствие клинических проявлений и положительные туберкулиновые пробы;
 2. «вираж» туберкулиновых проб и функциональные нарушения;
 3. отсутствие клинических и рентгенологических изменений при положительных туберкулиновых пробах;
 4. отсутствие клинических проявлений, кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах при отрицательных туберкулиновых пробах;
6. Туберкулинодиагностика — метод, основанный на выявлении:
1. гиперчувствительности немедленного типа;
 2. гиперчувствительности замедленного типа;
 3. противотуберкулезных антител;
 4. ДНК микобактерий туберкулеза;
7. Выявление возбудителя туберкулеза методом полимеразной цепной реакции основано:
1. на определении титра антител;
 2. на обнаружении РНК МБТ;
 3. на выявлении специфической сенсибилизации;
 4. на амплификации (умножении) ДНК МБТ;
8. Основной метод нозологической верификации диагноза «туберкулез»:
1. обнаружение МБТ в материале;
 2. обнаружение специфических антител;
 3. обнаружение эпителиоидно-клеточных гранул в биоптате;
 4. положительные туберкулиновые пробы и диаскинтест.
9. Тесты для выявления специфической сенсибилизации при туберкулезе:
1. иммуноферментный анализ и туберкулиновые пробы;
 2. туберкулиновые пробы и диаскинтест;
 3. туберкулиновые пробы и полимеразная цепная реакция;
 4. положительные туберкулиновые пробы и эозинофилия в клиническом анализе крови.
10. Первичный туберкулез — это:
1. заболевание вследствие первичного инфицирования МБТ;
 2. заболевания в ранее инфицированном организме;
 3. первое в жизни заболевание туберкулезом;
 4. первое проникновение МБТ в организм;
11. Для первичного туберкулеза в отличие от вторичного характерны:
1. поражение легочной ткани с склонностью к деструкции;
 2. поражение лимфатических узлов, параспецифические реакции;
 3. поражение бронхов с бронхогенным распространением МБТ;
 4. нормергическая туберкулиновая чувствительность и заживление путем фиброобразования;

12. Для инфильтративной формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов рентгенологически характерно:

1. отсутствие изменений в корне легкого на обзорной рентгенограмме;
2. значительное увеличение тени корня легкого с четким полициклическим наружным контуром;
3. увеличение тени корня с нечеткой наружной границей;
4. увеличение в корне 1-2 узлов диаметром не более 10-15 мм, обнаруживаемых при компьютерной томографии

13. В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

1. очаг Гона и кальцинаты в ВГЛУ;
2. очаг Абрикосова и кальцинаты;
3. очаг Гона и очаги Симона;
4. очаг Ашоффа-Пуля и кальцинаты;

14. При диссеминированном туберкулезе легких очаги локализуются:

1. в паренхиме легких;
2. в интерстиции легких;
3. в подслизистом слое бронхов;
4. в плевре

15. Выделяют следующие клинические варианты милиарного туберкулеза:

1. гематогенный, лимфогенный, бронхогенный;
2. острый, подострый, хронический;
3. абортивный, неосложненный, осложненный;
4. тифоидный, легочный, септический.

16. Двусторонняя симметричная мелкоочаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

1. контактным путем;
2. гематогенным путем;
3. лимфогенным путем;
4. бронхогенным путем

17. Вторичный туберкулез — это:

1. заболевание вакцинированных БЦЖ людей;
2. заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией;
3. заболевание, обусловленное эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
4. заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией или эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;

18. При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков определяется:

1. локализацией поражения;
2. возрастом и социальным статусом больного;
3. давностью заболевания;
4. клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата

19. Наименее выраженные клинические симптомы наблюдаются при вариантах инфильтративного туберкулеза:

1. облаковидном и перисцисурите;
2. облаковидном и округлом;

3. периссиссурите и бронхолобулярном;
 4. округлом и бронхолобулярном.
20. При казеозной пневмонии патоморфологически доминирует:
1. экссудативная тканевая реакция;
 2. продуктивная тканевая реакция;
 3. казеозно-некротическая тканевая реакция;
 4. неспецифическое воспаление вследствие активизации микробной флоры и грибов;
21. Формирование истинной туберкулемы обычно предшествует:
1. подострый диссеминированный туберкулез;
 2. казеозная пневмония;
 3. кавернозный туберкулез;
 4. инфильтративный туберкулез
22. Формированию «ложной» туберкулемы обычно предшествует:
1. подострый диссеминированный туберкулез;
 2. казеозная пневмония;
 3. кавернозный туберкулез;
 4. инфильтративный туберкулез
23. Наиболее частым клиническим проявлением кавернозного туберкулеза является:
1. непродуктивный кашель;
 2. малопродуктивный кашель;
 3. кровохарканье;
 4. одышка
24. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного:
1. наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны;
 2. смещением органов средостения в здоровую сторону;
 3. сетчатым фиброзом в обоих легких;
 4. наличием сердечной недостаточности
25. Установить обострение специфического воспаления при цирротическом туберкулезе позволяет:
1. усиление кашля;
 2. появление синдрома интоксикации;
 3. появление МБТ в мокроте;
 4. воспалительные изменения в клиническом анализе крови.
26. Достоверным критерием туберкулезной этиологии плеврита является:
1. обнаружение специфических антител в экссудате;
 2. повышением содержания аденозиндезаминазы в экссудате и крови;
 3. обнаружение эпителиоидно-клеточных гранул в биоптате;
 4. обнаружение МБТ в экссудате
27. Наиболее сложно дифференцировать туберкулезный плеврит с:
1. парапневмоническим;
 2. раковым;
 3. злокачественной мезотелиомой плевры;
 4. плевритом при заболеваниях соединительной ткани.
28. При туберкулезе бронхов ведущим клиническим симптомом является:

1. боли в межлопаточном пространстве;
2. кашель со значительным количеством мокроты;
3. инспираторная одышка;
4. сухой упорный кашель.

29. Своевременное выявление туберкулеза — это выявление:

1. инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада;
2. очагового туберкулеза легких без бактериовыделения;
3. очагового туберкулеза легких с бактериовыделением;
4. туберкулемы легких в фазе распада

30. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

1. в течение 1 недели;
2. в 10-дневный срок;
3. в течение 24 часов;
4. в 3-дневный срок

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Жалобы: Пациент 33 лет предъявляет жалобы на небольшой кашель.

Анамнез заболевания: Изменения в легких были выявлены при профилактическом флюорографическом исследовании при поступлении на работу месяц назад. На рентгенограмме легких отмечены очаговые тени в S2 правого легкого. Предыдущая флюорография год назад – без патологии. Полгода назад были симптомы простудного заболевания.

Анамнез жизни: Дважды болел пневмонией. Курит 15 лет по пачке сигарет в сутки. Алкоголь употребляет умеренно. 5 лет назад работал младшим инспектором в УФСИН. Затем работал строителем без оформления. Разведен. Живет с отцом и матерью в трехкомнатной квартире.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Повышенного питания. Рост 180 см, вес 100 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 97

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 5,3 Т/л, гемоглобин 160 г/л, ц.п. 0,97, лейкоциты 12,6 Г/л, эозинофилы 2%, нейтрофилы палочкоядерные 3%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 18%, моноциты 6%, СОЭ 8 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 86 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, общий белок 80 г/л, АЛТ 22 ед/л, АСТ 30 ед/л, СРП 0,1 мг/мл.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1018, белок 0,066 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты 6-8 в п/зр.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат отрицательный.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ не обнаружена.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм.

ФБС: двухсторонний эндобронхит 1 ст.

Рентгенограмма и ТМГ: в S1, S2 правого легкого отграниченные очаги до 1 см в диаметре в небольшом количестве.

Рентгенограмма

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 2

Жалобы: Пациентка 19 лет активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: Изменения в легких были выявлены при профилактическом флюорографическом исследовании при поступлении в университет. На рентгенограмме легких отмечена неоднородная инфильтрация в S2 правого легкого с участками просветления. Проведен курс антибактериальной терапии (амоксциллин) без эффекта. При рентгенологическом контроле изменения в легких сохраняются.

Анамнез жизни: Туберкулезом не болела. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Флюорографическое обследование проходила ежегодно, патологии не отмечалось. Не курит. Хронические заболевания отрицает. Живет в трехкомнатной квартире с родителями и сестрой.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледноваты, обычной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 95%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 3,9 Т/л, гемоглобин 115 г/л, лейкоциты 4,7 Г/л, эозинофилы 1%, нейтрофилы сегментоядерные 46%, лимфоциты 44%, моноциты 9%, СОЭ 5 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 68 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 73 г/л, АЛТ 18 ед/л, АСТ 42 ед/л, СРП 0,1 мг/мл.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1018, белок 0,033 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат отрицательный.

ЭКГ Синусовая тахикардия, ЧСС 110 в минуту. ЭОС не отклонена. Повышена нагрузка на правое предсердие.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ не обнаружена.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 12 мм.

ФБС: патологии не выявлено

Рентгенограмма

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 3

Жалобы: Пациент 58 лет предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, общую слабость, повышение температуры до 39°.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение месяца: появился кашель, затем одышка, повысилась температура до 39°. Резко похудел. Был госпитализирован в терапевтическое отделение. На фоне неспецифической антибактериальной терапии положительной динамики не отмечено. Сохранялась лихорадка до 39°, одышка.

Анамнез жизни: Находился в местах лишения свободы больше 30 лет, вышел из заключения 5 лет назад. Является лицом без определенного места жительства. Не проходил флюорографию более 10 лет. Год назад оперирован по поводу прободной язвы желудка, осложненной перитонитом.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Ориентирован во времени и пространстве. Положение активное. Резко пониженного питания, кахексия. Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный – экстрасистолы 4-5 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. ЧД 24 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук. Дыхание справа жесткое, слева – ослаблено, над верхушкой левого легкого – амфорическое, здесь же звучные влажные хрипы, рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастриальной области, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см, селезенка не увеличена. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 89%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 3,1 Т/л, гемоглобин 69 г/л, ц.п. 0,66, лейкоциты 7,7 Г/л, нейтрофилы палочкоядерные 17%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 9%, моноциты 12%, СОЭ 68 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов, анизоцитоз +, гипохромия эритроцитов +

Биохимический анализ крови: креатинин 89 мкмоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, общий белок 63 г/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 42 ед/л, СРП 130 мг/мл, сывороточное железо 5,3 мкмоль/л.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1015, белок 0,066 г/л, лейкоциты 5-7 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

Анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно – результат положительный во всех трех порциях ++, +++.

ЭКГ Синусовая тахикардия, ЧСС 110 в минуту. Полувертикальное положение ЭОС. Одиночные и парные наджелудочковые экстрасистолы. Повышена нагрузка на правое предсердие.

Анализ мокроты на ВК методом ПЦР: ДНК МБТ обнаружена, высокая бактериальная нагрузка. Лекарственная устойчивость: рифампицин – мутации не обнаружены, ионазид – мутации не обнаружены, фторхинолоны – мутации не обнаружены.

Бактериологическое исследование мокроты на МБТ: выделена культура МБТ
ФБС: двухсторонний гнойный бронхит.

Спирометрия: ФЖЕЛ 52%, ОФВ1 59% от должного.

Рентгенограмма

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 4

Жалобы: Пациент 58 лет предъявляет жалобы на общую слабость.

Анамнез заболевания: Заболел месяц назад, когда повысилась температура тела до субфебрильных цифр. Через неделю госпитализирован в терапевтическое отделение, где при рентгенологическом обследовании выявлено подозрение на инфильтрацию в средних и нижних отделах правого легкого и правосторонний плевральный выпот. При плевральной пункции получена мутная желтоватая

жидкость, белок 54,8 г/л, проба Ривальта положительная, лимфоциты 95%, нейтрофилы 4%, КУМ не обнаружены. Проводилось лечение амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин.

Анамнез жизни: Курит в течение 30 лет: 1 пачка сигарет на 2 дня. 3 года назад диагностирована болезнь Крона, неоднократно оперирован, выполнялась резекция подвздошной кишки, был перитонит, кишечная непроходимость. Работал водителем.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 175 см, вес 65 кг. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы. Притупление перкуторного звука над средними и нижними отделами правого легкого по задней поверхности. Дыхание везикулярное, над средними и нижними отделами справа ослаблено, ниже угла лопатки не проводится. Живот мягкий, безболезненный печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Сатурация O₂ 96%.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови общий: эритроциты 4,8 Т/л, гемоглобин 132 г/л, тромбоциты 302 Г/л, лейкоциты 8,3 Г/л, нейтрофилы палочкоядерные 2%, сегментоядерные 73%, лимфоциты 20%, моноциты 4%, СОЭ 23 мм/ч

Биохимический анализ крови: креатинин 98 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий белок 63 г/л, холестерин 3,6 ммоль/л, АЛТ 16 ед/л, АСТ 22 ед/л, СРП 12 мг/л.

Анализ мочи общий: с/желт., прозрачная, удельный вес 1016, белок 0,033 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр. Исследование крови методом ИФА на ВИЧ – результат отрицательный.

ЭКГ Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

Рентгенограмма

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 5

Пациент К., 38 лет, работающий по договорам на строительстве различных объектов в области, обратился с жалобами на снижение работоспособности, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с умеренным количеством слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела по вечерам до фебрильных цифр. Считает себя больным в течение 3-х лет, но за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно с незначительным эффектом. Отмечает волнообразность течения заболевания, с периодическими улучшениями и ухудшениями состояния.

Больной имеет вредные привычки: курит с 14 лет, злоупотребляет алкоголем. Флюорографического обследования не проходил 5 лет.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Значительный дефицит массы тела. Тургор тканей снижен. Грудная клетка асимметрична – правая половина ее уменьшена в объеме, межреберные промежутки сужены, отстает при дыхании. При перкуссии определяется притупление звука справа от вершины до 4-го ребра. При аускультации легких справа в I-Межреберьях дыхание бронхиальное, выслушиваются после покашливания средне-пузырчатые влажные хрипы.

Тоны сердца ритмичные, звучные, акцент II тона на легочной артерии. Пульс – 96 ударов в минуту. АД – 130/90 мм рт.столба.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).

2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 6

Пациентка Л., 18 лет, обратилась с жалобами на утомляемость, сниженный аппетит, потливость, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, приступообразный непродуктивный кашель.

Больной себя считает в течение 1-1,5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. Но 2 дня тому назад на передней поверхности голени появились немногочисленные болезненные уплотнения красного цвета, размерами 1,0-1,5 см.

Из анамнеза стало известно, что дядя болен туберкулезом легких, является бактериовыделителем. Пациентка вакцинирована вакциной БЦЖ в родильном доме и ревакцинирована в 7 лет, поствакцинальные рубцы отсутствуют.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, множественные, эластичные, подвижные, размерами до 0,5-1,0 см, безболезненные. При перкуссии и аускультации легких изменений не выявлено. Тоны сердца ритмичные, звучные, учащенные (96 сокращений в минуту). Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 7

Пациент 23 лет, студент университета, обратился с жалобами на слабость, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}$, сухой кашель, одышку при физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле.

Болен в течение 5 дней, симптомы заболевания появились после переохлаждения. Самостоятельно лечился цефазолином без эффекта.

При обследовании состояние больного удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, множественные, подвижные, безболезненные, размерами до 0,5 см. Число дыханий – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии грудной клетки отмечается притупление звука слева от IV ребра по задней поверхности, дыхание в зоне притупления резко ослаблено, дополнительные шумы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости смещены вправо. Тоны сердца ритмичные, звучные, учащенные (102 сокращения в минуту). Живот мягкий, безболезненный. Флюорография грудной клетки в плановом порядке проведена 6 месяцев назад, изменений не выявлено.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 8

Пациентка О., 32 лет, сотрудница детского сада, обратилась с жалобами на снижение работоспособности, плохой аппетит, кашель с небольшим количеством мокроты. Больной себя считает в течение 4-6 недель, лечилась самостоятельно ампициллином, бромгексином без эффекта. Сопутствующее заболевание – сахарный диабет I типа. При плановом флюорографическом исследовании 8 месяцев назад изменений в легких не выявлено.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 3-х группах, единичные, размером до 1,0 см. Число дыханий – 18 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается притупление звука справа над ключицей и в Имежреберье, а также сзади над лопаткой. Дыхание в этой зоне ослаблено, после покашливания выслушиваются незвучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс – 82 удара в минуту. АД – 120/75 мм рт.столба.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

№ 9

У пациента Б., 28 лет, при плановом флюорографическом обследовании обнаружены изменения в верхнем отделе правого легкого, в связи с чем он был направлен на прием к врачу. Больной предъявляет жалобы на повышенную утомляемость при выполнении привычной физической работы, редкий кашель со скудным количеством мокроты на протяжении последних 3-4 месяцев. За медицинской помощью не обращался, так как не считал себя больным. Предыдущее флюорографическое обследование было 2 года назад. ВИЧ-инфицирован.

При объективном обследовании состояние пациента удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, немногочисленные, размерами до 1,0 см. Число дыханий – 16 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии легких отмечается укорочение звука справа над ключей и в Имежреберье. Дыхание везикулярное. Пульс – 76 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт.столба. Тоны сердца ритмичные, звучные.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной (ОПК-4.3).
3. Проведите дифференциальный диагноз (ОПК-4.3).
4. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).
5. Оцените предложенные результаты дополнительных исследований (ОПК-4.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии, эндокринологии и диетологии

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины
«Инфекционные болезни»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Инфекционные болезни»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б 1.О.8

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Этапы формирования
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследования пациентов. ОПК-4.2. Назначает дополнительные методы исследования. ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-4	ОПК-4.1	<p>Знать: Клиническую картину инфекционных заболеваний в практике врача - терапевта Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с инфекционными заболеваниями в практике врача - терапевта Особенности течения инфекционных заболеваний в практике врача - терапевта и коморбидных состояний у взрослого населения Основные принципы построения клинического диагноза Принципы эпидемиологического анализа и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции</p> <p>Уметь: Организовать сбор эпидемиологической и клинической информации Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с инфекционными заболеваниями в практике врача - терапевта Проводит физикальное обследования пациентов с инфекционными заболеваниями в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты</p> <p>Владеть: Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с инфекционными</p>	Комплекты : 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

	заболеваниями. Методами физикального обследования инфекционных больных (осмотр ЛОР органов) и интерпретировать их результаты.		
ОПК-4.2	<p>Знать: Методы лабораторной и инструментальной диагностики инфекционных заболеваний в практике врача - терапевта, показания и противопоказания к их использованию: лабораторной диагностики (выделение возбудителя, специфические диагностические иммунологические реакции, сроки появления специфических антител, основных классов иммуноглобулинов), инструментальной диагностики: эндоскопические, лучевые (ультразвуковые, рентгенологические, радиологические, рентгеновская и магнитно-резонансная томография) Дифференциальную диагностику с наиболее часто встречающимися заболеваниями</p> <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов. Осуществлять диагностику и проведение всех необходимых противоэпидемических и лечебных мероприятий при следующих заболеваниях:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, эшерихиоз, иерсиниоз, дизентерия, ботулизм, амебиаз, вирусные диареи, вирусные гепатиты, балантидиоз, лямблиоз, гельминтозы; - трансмиссивные инфекции: риккетсиоз, спирохетоз, лейшманиоз, эпидемические энцефалиты, малярия; - зоонозные инфекции: бруцеллез, туляремия, лептоспирозы, сибирская язва, геморрагические лихорадки, токсоплазмоз; - раневые инфекции: столбняк, рожа, бешенство; - особо опасные (карантинные) инфекции: холера, натуральная оспа, легионеллез, СПИД, чума; - детские инфекционные заболевания у взрослых: корь, инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, коклюш; - воздушно-капельные инфекции: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, эпидемический паротит, дифтерия, 	Комплекты : 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

	<p>менингококковая инфекция, орнитоз; - прочие заболевания: сепсис.</p> <p>Владеть: Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты. Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов. Методами забора крови для серологических и биохимических исследований; Техникой приготовления мазков и толстой капли крови; Техникой забора материала для бактериологических и вирусологических исследований; Методикой комплексной диагностики, проведения противоэпидемических и лечебные мер при: кишечных инфекциях и инвазиях (брюшной тиф, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, эшерихиоз, иерсиниоз, дизентерия, ботулизм, амебиаз, вирусные диареи, вирусные гепатиты, балантидиоз, лямблиоз, гельминтозы); трансмиссивных инфекциях (риккетсиоз, спирохетоз, лейшманиоз, эпидемические энцефалиты, малярия); зоонозных инфекциях (бруцеллез, туляремия, лептоспирозы, сибирская язва, геморрагические лихорадки, токсоплазмоз); раневых инфекциях (столбняк, рожа, бешенство); особо опасных (карантинных) инфекциях (холера, натуральная оспа, легионеллез, ВИЧ/СПИД, чума); детских инфекционных заболеваний (корь, инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, коклюш); капельных инфекциях (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, эпидемический паротит, дифтерия, менингококковая инфекция, орнитоз); прочих заболеваниях (сепсис); Методикой диагностики и оказания помощи при неотложных состояниях связанных с инфекционными заболеваниями: септический/инфекционно-токсический шок при генерализованных инфекциях; гиповолемический шок/ тяжелое обезвоживание при холере и пищевых токсикоинфекциях; печеночная энцефалопатия при вирусном гепатите; почечная недостаточность при геморрагических лихорадках с почечным синдромом, печеночно-почечной</p>		
--	---	--	--

	недостаточности при лептоспирозе; коме при менингитах, менингоэнцефалитах и малярии, анафилактическом шоке после применения вакцин и антибиотиков		
ОПК-4.3	<p>Знать: Клиническую symptomatологию инфекционных заболеваний, осложнения, исходы; Клинику неотложных состояний при инфекционных заболеваниях, меры по оказанию неотложной помощи при септическом шоке, дыхательной недостаточности, сердечно-сосудистой недостаточности, анафилактическом шоке, острых отравлениях, нарушении сознания; Клинические рекомендации по диагностике и лечению инфекционных заболеваний в практике врача — терапевта; Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам; Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях; Показания к госпитализации инфекционных больных, сроки госпитализации и сроки карантина при различных инфекционных заболеваниях; правила выписки реконвалесцентов.</p> <p>Уметь: Осуществлять раннее выявление и диагностику инфекционных заболеваний; Обосновывать направление пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с инфекционными заболеваниями, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента; Интерпретировать заключения, полученные от</p>	Комплекты : 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

		<p>врачей-специалистов; Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Проводить дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний в терапевтической практике. Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть: Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний в терапевтической практике.</p>		
--	--	--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

Тестовый контроль сформированности компетенций **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)
Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Примеры:

1. В основе классификации сальмонелл лежит:
 1. Патогенность
 2. Источник инфекции
 3. Антигенная структура по О- и Н-антигенам
 4. Антигенная структура по К-антигенам

2. Основные источники сальмонеллезной инфекции:
 1. Крупный рогатый скот
 2. Свиньи, овцы, утки, куры
 3. Больной или носитель
 4. Собаки, кошки, мышевидные грызуны, дикие птицы
 5. Все перечисленное

3. Основные звенья патогенеза сальмонеллеза:
 1. Инвазия сальмонелл в слизистую оболочку тонкой кишки
 2. Водно-электролитные потери
 3. Эндотоксинемия
 4. Интоксикация, гемодинамические нарушения
 5. Все перечисленное

4. При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме:
 1. Высокой лихорадки, интоксикации
 2. Желтухи, геморрагического синдрома
 3. Схваткообразных болей в животе
 4. Тошноты, рвоты, частого жидкого стула

5. Обезвоживания

5. Особенности гастроэнтеритического синдрома при сальмонеллезе включают:
 1. Упорную тошноту, рвоту, не приносящую облегчения
 2. Схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией
 3. Обильный водянистый зловонный стул
 4. Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной и илеоцекальной областях
 5. Все перечисленное
6. При сальмонеллезе отмечаются все перечисленные изменения стула, кроме:
 1. Жидкого, водянистого, с сохранением калового характера
 2. Типа "болотной тины"
 3. Слизисто-кровянистого
 4. Типа "малинового желе"
 5. Типа "мясных помоев"
7. Критериями тяжести болезни при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме:
 1. Лихорадки
 2. Выраженности интоксикации
 3. Частоты стула
 4. Продолжительности инкубационного периода
 5. Токсического поражения миокарда
8. Для уменьшения диарейного синдрома при сальмонеллезе применяют все перечисленное, кроме:
 1. Глюконата кальция
 2. Папаверина, но-шпы
 3. Индометацина
 4. Имодиума
 5. Вяжущих средств
9. Эпидемиология пищевых токсикоинфекций характеризуется всем перечисленным, кроме:
 1. Возбудители попадают в пищу из внешней среды
 2. Путь заражения алиментарный
 3. Часто протекают в виде вспышек
 4. Возможно парентеральное заражение
10. В патогенезе пищевых токсикоинфекций участвует все перечисленное, кроме:
 1. Местного действия токсинов в желудочно-кишечном тракте
 2. Общетоксического синдрома
 3. Нарушения синтеза биологически активных веществ
 4. Развития аутоиммунных реакций
 5. Развития гастроэнтерита

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

Пример:

Больному М., 19 лет, курсанту пожарно-технического училища, в изолятор вызвана бригада СМП. Заболел после возвращения из увольнения.

Из анамнеза – болен в течение двух дней. Наблюдались субфебрильная температура, некоторая вялость, снижение аппетита, сухой кашель, слизистые выделения из носа. Лечился в изоляторе училища. На 3 день повысилась температура до 39°C, состояние ухудшилось – появился частый, сухой, саднящий кашель, светобоязнь, отечность век, сыпь на коже. С подозрением на краснуху госпитализирован в инфекционное отделение.

При осмотре: состояние средней тяжести. $t-38,30^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 88 в минуту, ЧД – 24 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. На коже лица имеется обильная пятнисто-папулезная сыпь, сливающаяся. Из носа обильные слизистые выделения, явления конъюнктивита, склерита. В ротоглотке – яркая разлитая гиперемия, на слизистой оболочке щечной поверхности имеется белесоватый налет. Пальпируются задне-шейные и затылочные лимфоузлы, размером 0,7x0,7 см, безболезненные. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание и дефекация не нарушены.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Больная Н., 20 лет, страдающая персистирующей бронхиальной астмой, получающая базисную терапию серетидом, заболела остро с повышения температуры до 37,9°C, обильных слизистых выделений из носа, подкашливания, слезотечения, першения в горле. Принимала парацетамол, использовала полоскания ротоглотки, орошение ротоглотки «Гексоралом», сосудосуживающие капли в нос. На 4-й день болезни на фоне сохраняющейся температуры до 39°C.

Осмотрена участковым терапевтом на 5 день болезни. Состояние средней тяжести, $t - 38,4^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 98 в минуту, ЧД – 26 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Из носа – слизистые выделения, дыхание через нос затруднено, голос сиплый, кашель продуктивный, болезненность за грудиной при кашле. В ротоглотке – разлитая гиперемия, миндалины чистые, зернистость мягкого неба. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются проводные низкого тембра хрипы, диффузно – единичные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание и дефекация не нарушены.

Из анамнеза: студентка, в группе есть случаи ОРВИ.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-4.1	<p>Умеет: Организовать сбор эпидемиологической и клинической информации Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с инфекционными заболеваниями в практике врача - терапевта Проводит физикальное обследования пациентов с инфекционными заболеваниями в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты</p> <p>Владеет: Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с инфекционными заболеваниями. Методами физикального обследования инфекционных больных (осмотр ЛОР органов) и интерпретировать их результаты.</p>	<p>Не способен применять: Организовать сбор эпидемиологической и клинической информации Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с инфекционными заболеваниями в практике врача - терапевта Проводить физикальное обследования пациентов с инфекционными заболеваниями в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты</p>
ОПК-4.2	<p>Умеет: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов. Осуществлять диагностику и проведение всех необходимых противоэпидемических и лечебных мероприятий при следующих заболеваниях: - кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, эшерихиоз, иерсиниоз, дизентерия, ботулизм, амебиаз, вирусные диареи, вирусные гепатиты, балантидиоз, лямблиоз, гельминтозы; - трансмиссивные инфекции: риккетсиоз, спирохетоз, лейшманиоз, эпидемические энцефалиты, малярия; - зоонозные инфекции: бруцеллез, туляремия, лептоспирозы, сибирская язва, геморрагические лихорадки, токсоплазмоз; - раневые инфекции: столбняк, рожа, бешенство;</p>	<p>Не способен: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов. Осуществлять диагностику и проведение всех необходимых противоэпидемических и лечебных мероприятий при следующих заболеваниях: - кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, эшерихиоз, иерсиниоз, дизентерия, ботулизм, амебиаз, вирусные диареи, вирусные гепатиты, балантидиоз, лямблиоз, гельминтозы; - трансмиссивные инфекции: риккетсиоз, спирохетоз, лейшманиоз, эпидемические</p>

	<p>- особо опасные (карантинные) инфекции: холера, натуральная оспа, легионеллез, СПИД, чума;</p> <p>- детские инфекционные заболевания у взрослых: корь, инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, коклюш;</p> <p>- воздушно-капельные инфекции: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, эпидемический паротит, дифтерия, менингококковая инфекция, орнитоз;</p> <p>- прочие заболевания: сепсис.</p> <p>Владеет:</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Методами забора крови для серологических и биохимических исследований;</p> <p>Техникой приготовления мазков и толстой капли крови;</p> <p>Техникой забора материала для бактериологических и вирусологических исследований;</p> <p>Методикой комплексной диагностики, проведения противоэпидемических и лечебных мер при:</p> <p>кишечных инфекциях и инвазиях (брюшной тиф, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, эшерихиоз, иерсиниоз, дизентерия, ботулизм, амебиаз, вирусные диареи, вирусные гепатиты, балантидиоз, лямблиоз, гельминтозы);</p> <p>трансмиссивных инфекциях (риккетсиоз, спирохетоз, лейшманиоз, эпидемические энцефалиты, малярия);</p> <p>зоонозных инфекциях (бруцеллез, туляремия, лептоспирозы, сибирская язва, геморрагические лихорадки, токсоплазмоз);</p> <p>раневых инфекциях (столбняк, рожа, бешенство);</p> <p>особо опасных (карантинных) инфекциях (холера, натуральная оспа, легионеллез, ВИЧ/СПИД, чума);</p> <p>детских инфекционных заболеваниях (корь, инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, ветряная оспа,</p>	<p>энцефалиты, малярия;</p> <p>- зоонозные инфекции: бруцеллез, туляремия, лептоспирозы, сибирская язва, геморрагические лихорадки, токсоплазмоз;</p> <p>- раневые инфекции: столбняк, рожа, бешенство;</p> <p>- особо опасные (карантинные) инфекции: холера, натуральная оспа, легионеллез, СПИД, чума;</p> <p>- детские инфекционные заболевания у взрослых: корь, инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, коклюш;</p> <p>- воздушно-капельные инфекции: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, эпидемический паротит, дифтерия, менингококковая инфекция, орнитоз;</p> <p>- прочие заболевания: сепсис.</p>
--	---	---

	<p>коклюш); капельных инфекциях (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, эпидемический паротит, дифтерия, менингококковая инфекция, орнитоз); прочих заболеваниях (сепсис); Методикой диагностики и оказания помощи при неотложных состояниях связанных с инфекционными заболеваниями: септический/инфекционно-токсический шок при генерализованных инфекциях; гиповолемический шок/тяжелое обезвоживание при холере и пищевых токсикоинфекциях; печеночная энцефалопатия при вирусном гепатите; почечная недостаточность при геморрагических лихорадках с почечным синдромом, печеночно-почечной недостаточности при лептоспирозе; коме при менингитах, менингоэнцефалитах и малярии, анафилактическом шоке после применения вакцин и антибиотиков</p>	
ОПК-4.3	<p>Умеет: Осуществлять раннее выявление и диагностику инфекционных заболеваний; Обосновывать направление пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с инфекционными, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента; Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов; Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Проводить дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний в терапевтической практике. Определять медицинские показания направления пациента для оказания</p>	<p>Не способен: Осуществлять раннее выявление и диагностику инфекционных заболеваний; Обосновывать направление пациента с инфекционными заболеваниями в терапевтической практике к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; Выявлять клинические показания к плановой и срочной госпитализации больных с инфекционными заболеваниями, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента;</p>

	<p>медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеет: Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний в терапевтической практике.</p>	<p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов; Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Проводить дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний в терапевтической практике. Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p>
--	--	---

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

01. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) общую лечебную сеть, представленную главным образом терапевтами и педиатрами
- Б) инфекционную службу в лице врачей-инфекционистов КИЗов поликлиник
- В) инфекционную службу, представленную городскими и областными инфекционными больницами, а также стационарами при некоторых научно-исследовательских институтах
- Г) все выше перечисленное

02. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- А) федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 №52-ФЗ.
- Б) приказ МЗ и соцразвития РФ от 31.01.2012г №69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
- В) приказ МЗ РФ от 17.09.93г № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ»
- Г) приказ МЗ СССР от 04.08.83г «Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц»

03. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ МОГУТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ:

- А) вирусный гепатит В
- Б) ВИЧ-инфекция
- В) краснуха
- Г) герпетическая инфекция

04. ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА НОСИТЕЛЬСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА ПРОВОДЯТ:

- А) плановое
- Б) по эпидемиологическим показаниям
- В) при любом заболевании медицинского работника
- Г) только у младшего медицинского персонала

05. ЗАНОС ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в ЛПУ и проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления)
- Б) заболевание, с которым поступает больной в любое отделение ЛПУ

06. ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) внутрибольничные инфекции
- Б) занос инфекции
- В) любые инфекционные заболевания, приобретенные или проявившиеся в условиях стационара (сумма заносов и внутрибольничных инфекций)

07. ПРИЧИНЫ РОСТА ИСМП:

- А) снижение иммунитета у населения
- Б) нерациональное применение антибиотиков
- В) недостаточный контроль санитарно-противоэпидемического режима
- Г) увеличение инструментальных манипуляций и обследований

Д) сложность дезинфекции и стерилизации медицинской аппаратуры.

08. РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИСМП СПОСОБСТВУЮТ:

- А) формирование госпитальных штаммов
- Б) снижение иммунитета у населения
- В) слабая материально-техническая база ЛПУ
- Г) хорошее снабжение лекарствами
- Д) инвазивные лечебные и диагностические процедуры
- Е) низкая асептическая дисциплина персонала.

09. НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ КАК ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ:

- А. В инкубационном периоде заболевания
- Б. В острую фазу ВИЧ - инфекцией
- В. В стадии хронической персистирующей лимфаденопатии
- Г. В стадии оппортунистических инфекций
- Д. В латентной фазе

10. ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- А) способность вызывать связанные случаи заболеваний
- Б) устойчивость к используемым дезинфектантам
- В) повышенная вирулентность
- Г) устойчивость к широкому спектру антибиотиков
- Д) способность выживать во внешней среде отделения

11. ПОКАЗАТЕЛЕМ ВСПЫШКИ ИСМП ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) сезонность и периодичность
- Б) количество заболевших
- В) тяжесть заболевания
- Г) эндемичность болезни

12. ИСТОЧНИКОМ ИСМП В ЛПУ МОГУТ БЫТЬ:

- А) пациенты (больные или носители)
- Б) контаминированная больничная среда (предметы, поверхности)
- В) медицинский персонал (больные или носители)

13. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- А). Миокардит
- Б). Пневмония
- В). С-д Гийена-Барре
- Г). Синуситы

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГРИППА:

- А). абдоминальный синдром
- Б). высокая лихорадка с первого дня болезни
- В). ангина
- Г). интоксикация
- Д). бронхиолит

15. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПАРАГРИППЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- 1. снижение слуха
- 2. полираликулоневриты

3. пиелонефрит
4. ларингит
5. носовое кровотечение

16. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. химиопрофилактика
2. соблюдение противоэпидемических мероприятий
3. вакцинопрофилактика
4. ограничение контактов с инфекционными больными

17. ОСНОВНЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. высококонтагиозное заболевания
2. часто возникают эпидемические вспышки
3. путь передачи фекально-оральный
4. путь передачи капельный
5. количество случаев заболевания возрастает в зимние месяцы

18. РАЗМНОЖЕНИЕ РОТАВИРУСОВ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В КЛЕТКАХ ЭПИТЕЛИЯ:

1. желудка
2. тонкой кишки
3. толстой кишки
4. верхних дыхательных путей
5. мочевых путей

19. МЕХАНИЗМ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
2. недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
3. накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в толстой кишке
4. перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
5. усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

20. ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ:

1. клиническая картина заболевания
2. эпидемиологические данные
3. лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита
4. исключение гастроэнтеритов другой этиологии

21. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) все из перечисленного,
- б) виферон при интраназальном применении,
- в) арбидол,
- г) амиксин,
- д) человеческий лейкоцитарный интерферон.

22. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) все перечисленные;
- б) половой;

- в) вертикальный;
- г) воздушно-капельный?

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ ШИГЕЛЛЕЗОВ ПОРАЖАЮТСЯ:

- а) тонкая кишка
- б) терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка
- в) правые отделы толстой кишки
- г) сигмовидная и прямая кишка

24. РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСЯТ ОТ:

- А) срока взятия материала для бактериологического исследования
- Б) качества питательных сред
- В) применения антибиотиков до начала исследования
- Г) все выше перечисленное

25. БОЛЬНОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ВЫДЕЛЯЕТ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С:

- А). испражнениями;
- Б). слюной;
- В). слезами;
- Г). потом;
- Д). мочой.

26. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. трансмиссивный;
- Б. фекально-оральный;
- В. аспирационный;
- Г. перкутанный;
- Д. вертикальный.

27. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. цитолиз
- Б. холестаз
- В. мезенхимально-воспалительный
- Г. ДВС-синдром
- Д. жировая инфильтрация

28. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ:

- А. возможна диспепсия
- Б. увеличивается печень
- В. отсутствуют симптомы, свидетельствующие о поражении печени
- Г. моча в последние дни становится темной
- Д. повышается активность сывороточных ферментов

29. В ЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

- А. снижение аппетита
- Б. астенический синдром
- В. сильные боли в правом подреберье
- Г. гепатомегалия
- Д. ахолия кала

30. МАНИФЕСТАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. Бактериальной непрерывно рецидивирующей пневмонией
- Б. Поражением лёгких микобактериальной инфекцией
- В. Лимфоидной интерстициальной пневмонией
- Г. Непрерывно прогрессирующей пневмоцистной пневмонией
- Д. Верно всё

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:

- А. Мононуклеозоподобный и гриппоподобный
- Б. Гастроэнтерит и серозный менингит
- В. Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония) и поражение кожи
- Г. Энцефалопатия и миелопатия
- Д. Нефропатия, кардиопатия

32. В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСКУССТВЕННОГО ОСЕМЕНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕРМЫ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ:

- А). свежей спермы
- Б. замороженной спермы
- В. прогретой спермы
- Г. обработанной УФО спермы
- Д. Утверждение ложно во всех перечисленных случаях

33. ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- 1. острое начало, лихорадка, интоксикация
- 2. озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- 3. точечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- 4. шелушение кожи после угасания сыпи
- 5. все перечисленные

34. КОКЛЮШЕМ БОЛЕЮТ:

- 1. дети в любом возрасте
- 2. новорожденные и дети первых месяцев жизни
- 3. подростки
- 4. взрослые
- 5. все перечисленные

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

В терапевтическое отделение госпитализирована больная Н. 28 лет, с диагнозом: вегетососудистая дистония. Через несколько часов у пациентки выявлен частый жидкий стул. Женщина была переведена в инфекционное отделение лишь на следующий день, где был подтвержден диагноз острой дизентерии Зонне Пе.

В последующем в течении 2-х недель из палаты терапевтического отделения, где первоначально находилась больная, с интервалом 2–3 дня в инфекционное отделение переведены были пациентки с жидким стулом, при обследовании которых также был подтвержден диагноз: острая дизентерия

Зонне Пе. Всего заболело 6 человек. Последняя пациентка с больной Н. не контактировала, и была госпитализирована в терапевтическое отделение через сутки после перевода пятой больной.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 2.

Вызов на дом: женщина 28 лет, учитель начальных классов, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 38.30С, боль в горле, заложенность носа, кашель, осиплость голоса, слабость.

При осмотре: t-38.20С, ЧСС - 80 в м, ЧД - 24 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Голос сиплый, кашель «лающий», надсадный, болезненный. Одышки нет. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 3.

Вызов на дом: мужчина 30 лет, болен в течении 2-х дней, жалуется на повышение температуры тела до 38.80С, чихание, слезотечение, боль в горле, сильный влажный кашель, слезотечение, боль и резь в глазах, чувство инородного тела в левом глазу.

У мужчины есть сын в возрасте 8 месяцев.

При осмотре: t-39.00С, ЧСС - 92 в мин, ЧД - 20 в мин, АД - 130/70 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктив глаз ярко гиперемирована, отделяемое из глаз слизистое. Склеры инъекцированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт серого цвета, не снимается. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины отечные, рыхлые, в лакунах - единичные налеты желтого цвета. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 4

Вызов на дом: женщина 32 лет, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 39.30С, чихание, слезотечение, головную боль - преимущественно в лобной области, слабость, снижение аппетита, боль внизу живота.

У женщины есть ребенок в возрасте 6 месяцев, на грудном вскармливании.

При осмотре: t-39.10С, ЧСС - 98 в мин, ЧД - 22 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктив глаз гиперемирована. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, чуть вздут, болезненный в надлобковой области - 2 день от начала менструации, выделения обильные. Стул в норме. Мочится мало.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 5.

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 6.

К больному С., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 39,0С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,50С, обильно потел, но к вечеру вновь повысилась до 40,50С, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость.

В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможен, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром.

Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать прекратил.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 7.

Больной У., 23 года, студент из Сенегала. Поступил в инфекционное отделение 22.09.2007 г. на 7-й день болезни в тяжелом состоянии с диагнозом «Токсический грипп». По словам больного, около недели болел «гриппом», за-тем состояние ухудшилось. Температура тела повысилась до 40,30С, озноб, сильная головная боль, рвота, ломота в теле. В России живет с 2005 года, летом 2007 года выезжал на каникулы в Сенегал, возвратился 08.09.2007г. Болел малярией в детстве. Личной профилактики не проводил.

При поступлении: температура 38,0С, состояние тяжелое. Бледен, кожа и склеры обычной окраски. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД 100/75 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Печень выступает из подреберья на 2-3 см, плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка выходит из подреберья на 3 см, плотная, болезненная.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 8.

Пациент Б. 34 лет госпитализирован в хирургическое отделение 5 января с диагнозом: Острый аппендицит. 6 января оперирован, после операции установлен диагноз острого флегмонозного аппендицита. 13 января у пациента развивается нагноение послеоперационной раны.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).

3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 9.

НА 10-Й ДЕНЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СОМАТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛСЯ ЖИДКИЙ СТУЛ, БЫЛА ВЫДЕЛЕНА КУЛЬТУРА ШИГЕЛЛ ЗОННЕ. ЗАРАЖЕНИЕ МОГЛО ПРОИЗОЙТИ:

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

ЗАДАЧА 10

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

ЗАДАЧА 11

У беременной С., 26 лет, зарегистрирован положительный результат обследования на HBsAg. Женщина имеет беременность сроком 8 недель. Работает стоматологом в поликлинике, проживает в отдельной квартире с матерью 52 лет и дочерью 4 лет. Ребенок посещает детский сад, привит от HBV-инфекции.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии и эндокринологии

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
«Неврология»**

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

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.9

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Этапы формирования
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследования пациентов. ОПК-4.2. Назначает дополнительные методы исследования. ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-4	ОПК-4.1	<p>Знать: Клиническую картину неврологических заболеваний в практике врача - терапевта Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с неврологическими заболеваниями в практике врача - терапевта Особенности течения неврологических заболеваний в практике врача - терапевта и коморбидных состояний у взрослого населения Общую и топическую диагностику заболеваний нервной системы Основные принципы построения клинического диагноза</p> <p>Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с неврологическими заболеваниями в практике врача - терапевта Проводит физикальное обследования пациентов с неврологическими заболеваниями в клинике внутренних болезней и интерпретировать его результаты</p> <p>Владеть: Методикой сбора жалоб, анамнеза</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

		<p>болезни, анамнеза жизни у пациента с неврологическими заболеваниями у пациентов терапевтического профиля.</p> <p>Методами физикального обследования неврологических больных (оценка неврологического статуса) и интерпретировать их результаты, методами оценки функции черепных нервов, двигательных функций, координации и изменений в чувствительной сфере.</p>		
	ОПК-4.2	<p>Знать: Методы лабораторной и инструментальной диагностики неврологических заболеваний в практике врача - терапевта, показания и противопоказания к их использованию Функциональные методы исследования, применяемые в неврологической практике</p> <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с неврологическими заболеваниями в терапевтической практике. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Владеть: Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты. Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p>	<p>Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.</p>	Зачет, 2 год обучения

	ОПК-4.3	<p>Знать: Клинические рекомендации по диагностике и лечению неврологических заболеваний в практике врача - терапевта Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Уметь: Осуществлять раннее выявление и диагностику острых нарушений мозгового кровообращения, поражения периферической нервной системы, эпилепсии Обосновывать направление пациента с неврологическими заболеваниями в терапевтической практике к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации неврологических больных, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния пациента. Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов. Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Проводить дифференциальную диагностику неврологических заболеваний в терапевтической практике. Определять медицинские показания</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения
--	---------	--	--	-----------------------

		<p>направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть: Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики неврологических заболеваний в терапевтической практике.</p>		
--	--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

Тестовый контроль сформированности компетенций **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Примеры:

1. Для ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии характерны:

- а) гемипарез с преобладанием в ноге;
- б) моторная афазия;
- в) адверсивные припадки;
- г) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли;
- д) все перечисленное.

Правильный ответ – б).

2. Для коматозного состояния не характерно:

- а) снижение сухожильных рефлексов,
- б) двусторонний симптом Бабинского,
- в) угнетение брюшных рефлексов,
- г) угнетение зрачковых реакций,
- д) целенаправленные защитные реакции

Правильный ответ – д)

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ОПК-4** (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

Пример: Больной З., 27 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Отек легких».

Жалобы при поступлении на: нехватку воздуха, одышку.

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, несколько часов назад производил обработку квартиры дихлофосом от насекомых. Через полчаса появилась одышка, стало трудно дышать, присоединилось слезотечение, слюнотечение, снижение остроты зрения, несколько раз был жидкий стул, с болезненными позывами, учащенное мочеиспускание.

Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Status praesens: Состояние тяжелое. В сознании. Рост 185 см., масса тела 90 кг. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, общий гипергидроз. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук притуплен. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, стридорозное. Частота дыхания 30 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 59 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 59 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 150/90 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Усиленное слюноотделение. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: В сознании. Наблюдается психомоторное возбуждение. Зрачки D=S, миоз. Объем движений глазных яблок полный. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык по средней линии. Фибриллярные подергивания мышц рук. Объем активных движений полный. Тонус мышц немного повышен. Глубокие рефлексы с рук S=D, оживлены; с ног D≤S, оживлены. Подошвенные – abs. Брюшные – abs. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Мелкоамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга - не проверялось из-за тяжести состояния.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-4.1	<p>Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с неврологической патологией в практике врача-терапевта Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с неврологической патологией в практике врача-терапевта Проводить физикальное обследование пациента и интерпретировать его результаты</p> <p>Владеет: Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с неврологической патологией в практике врача-терапевта Методами физикального обследования пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.</p>	<p>Не способен применять: Сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с неврологическими заболеваниями в практике врача-терапевта Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с неврологическими заболеваниями в практике врача-терапевта Проводить физикальное обследование пациента и интерпретировать его результаты.</p>
ОПК-4.2	<p>Умеет: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с неврологической патологией в практике врача-терапевта Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов</p> <p>Владеет: Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов</p>	<p>Не способен: Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с неврологической патологией в практике врача-терапевта Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов</p>
ОПК-4.3	<p>Умеет: Обосновывать направление пациента с неврологической патологией в практике</p>	<p>Не способен: Обосновывать направление пациента с неврологической патологией в</p>

	<p>врача-терапевта к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику неврологической патологией в практике врача-терапевта</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Владеет:</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики неврологической патологии в практике врача-терапевта</p>	<p>практике врача-терапевта к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику неврологической патологией в практике врача-терапевта</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>
--	--	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
 - а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
2. Мидриаз возникает при поражении
 - а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка
3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
 - а) Т6 или Т7
 - б) Т8 или Т9
 - в) Т9 или Т10
 - г) Т10 или Т11
4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
 - а) гипотрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
 - а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара
6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 - а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 - а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
 - а) в продолговатом мозге
 - б) в мосту мозга
 - в) в ножках мозга
 - г) в зрительном бугре
9. Медиатором тормозного действия является

- а)ацетилхолин
 - б)ГАМК
 - в)норадреналин
 - г)адреналин
10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а)в латеральном ядре бледного шара
 - б)в полосатом теле
 - в)в медиальном ядре бледного шара
 - г)в субталамическом ядре
11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а)мозжечковая
 - б)сенситивная
 - в)вестибулярная
 - г)корковая
12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а)красное ядро
 - б)люисово тело
 - в)черное вещество
 - г)полосатое тело
13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а)центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б)наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в)зрительной лучистости
 - г)зрительных трактов
14. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- а)зрительного тракта
 - б)зрительного перекреста
 - в)наружного коленчатого тела
 - г)зрительной лучистости
15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а)биназальная
 - б)гомонимная
 - в)битемпоральная
 - г)нижнеквадрантная
16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а)зрительного тракта
 - б)зрительного перекреста
 - в)зрительной лучистости
 - г)внутренней капсулы
17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а)задний спинно-мозжечковый
 - б)передний спинно-мозжечковый
 - в)лобно-мосто-мозжечковый
 - г)затылочно-височно-мосто-мозжечковый
18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а)обонятельного бугорка
 - б)обонятельной луковицы
 - в)височной доли
 - г)теменной доли
19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - г) зрительной лучистости с двух сторон
20. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга
 - в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга
21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
 - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
 - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
 - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- а) динамическая
 - б) вестибулярная
 - в) статическая
 - г) сенситивная
24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексх справа очаг локализуется
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
25. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
- а) астроциты
 - б) олигодендроглициты
 - в) микроглициты
 - г) эпендимоциты
26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) гассерова
27. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
 - б) в конце первого года жизни
 - в) в начале второго года жизни
 - г) на последнем месяце внутриутробного развития
28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов

- а)С1-С4
 - б)С2-С5
 - в)С3-С6
 - г)С4-С7
 - д)С5-С8
29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а)С5-С8
 - б)С5-С8, Т1-Т2
 - в)С6-С8
 - г)С8-Т2
30. Нервные импульсы генерируются
- а)клеточным ядром
 - б)наружной мембраной
 - в)аксоном
 - г)нейрофиламентами
31. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- а)черное вещество
 - б)гиппокамп
 - в)миндалина
 - г)мамиллярные тела
 - д)ретикулярная формация
32. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра
- а)нежное и клиновидное
 - б)спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в)подъязычных нервов
 - г)лицевого, отводящего нервов
33. В состав среднего мозга не входят
- а)красные ядра
 - б)ядра блокового нерва
 - в)ядра глазодвигательного нерва
 - г)ядра отводящего нерва
34. Гемипарез, гемиплегия, гемипарез характерны для поражения
- а)бледного шара
 - б)хвостатого ядра
 - в)красного ядра
 - г)галамуса
35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
- а)вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
 - б)спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
 - в)нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
 - г)спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
36. Истинный астереогноз обусловлен поражением
- а)лобной доли
 - б)височной доли
 - в)теменной доли
 - г)затылочной доли
37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
- а)наружных отделов зрительного перекреста
 - б)язычной извилины
 - в)глубинных отделов теменной доли

- г) первичных зрительных центров в таламусе
38. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
- а) неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
 - б) инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
 - в) телец Меркеля
 - г) телец Фатера - Пачини
39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- а) С3-С4
 - б) С5-С6
 - в) С7-С8
 - г) С8-Т1
 - д) Т1-Т2
40. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а) на свет
 - б) на болевое раздражение
 - в) на конвергенцию
 - г) на аккомодацию
41. Больной со зрительной агнозией
- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
 - б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
 - в) не видит предметы по периферии полей зрения
 - г) видит предметы, но не узнает их
42. Больной с моторной афазией
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г) может говорить, но речь скандированная
43. Больной с сенсорной афазией
- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
 - б) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - в) может говорить, но забывает названия предметов
 - г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении
- а) лобной доли
 - б) теменной доли
 - в) стыка лобной и теменной доли
 - г) стыка височной и теменной доли
45. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- а) ножек мозга
 - б) моста мозга
 - в) продолговатого мозга
 - г) покрышки среднего мозга
46. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в) колена внутренней капсулы слева

- г) заднего бедра внутренней капсулы слева
47. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а) в основании ножки мозга
 - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
 - в) в области красного ядра
 - г) в основании нижней части моста мозга
48. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного
- а) спинальной формы рассеянного склероза
 - б) цервикальной синингомиелии
 - в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
49. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие
- а) нижнего вялого парапареза
 - б) диссоциированной параанестезии
 - в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
 - г) сенситивной атаксии нижних конечностей
50. Ветвью шейного сплетения является
- а) малый затылочный нерв
 - б) подкрыльцовый нерв
 - в) лучевой нерв
 - г) срединный нерв

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больной З., 27 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Отек легких».

Жалобы при поступлении на: нехватку воздуха, одышку.

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, несколько часов назад производил обработку квартиры дихлофосом от насекомых. Через полчаса появилась одышка, стало трудно дышать, присоединилось слезотечение, слюнотечение, снижение остроты зрения, несколько раз был жидкий стул, с болезненными позывами, учащенное мочеиспускание.

Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Status praesens: Состояние тяжелое. В сознании. Рост 185 см., масса тела 90 кг. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, общий гипергидроз. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук притуплен. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, стридорозное. Частота дыхания 30 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 59 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 59 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины.

Артериальное давление - S = D 150/90 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Усиленное слюноотделение. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: В сознании. Наблюдается психомоторное возбуждение. Зрачки D=S, миоз. Объем движений глазных яблок полный. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык по средней линии. Фибриллярные подергивания мышц рук. Объем активных движений полный. Тонус мышц немного повышен. Глубокие рефлексы с рук S=D, оживлены; с ног $D \leq S$, оживлены. Подошвенные – abs. Брюшные – abs. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Мелкоамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга - не проверялось из-за тяжести состояния.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 2.

Больная У., 38 лет.

Доставлена в стационар с направительным диагнозом: «Анемия неясной этиологии».

Жалобы при поступлении на: на общую слабость.

Анамнез заболевания: Анамнез со слов мужа. Ранее работала на химическом производстве, имела контакт с ртутью. В 2010 году собрала вручную 1 литр разлившейся ртути, после чего лечилась по поводу дерматита. В 2010 году больная госпитализирована в ТО по поводу нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу. Тогда же впервые обнаружено снижение гемоглобина до 87 г\л, ЦП. 1.0. На ФГДС - очаговый атрофический гастрит. От других обследований больная категорически отказалась. В дальнейшем к врачу принципиально не обращалась. Со слов мужа удалось выяснить, что больная из-за внутренних представлений о здоровье ("насмотрелась телевизора") резко ограничила прием пищи. В течение последнего года стала прогрессивно нарастать слабость, нарушилась походка. Последние полгода усилились слабость в конечностях, нарушение координации движений. В течение месяца появилась рвота без причины и на прием пищи. Принимала только соки и минеральную воду. В последний месяц отказалась от еды, питья, в течение около 7 дней находится только в постели, отмечались тошнота, рвота, боли в животе при попытках накормить или напоить ее. В последнюю неделю больная очень мало мочилась, стула не было. По поводу диффузных болей в костях, мышцах, общей слабости вызывали на дом БСМП, вводились какие-то препараты, госпитализация не предлагалась. Амбулаторно взята кровь, обнаружена глубокая анемия, дано направление на госпитализацию.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет.

Statuspraesens: Общее состояние больной тяжелое из-за обезвоживания, тяжелой анемии. В сознании, заторможена. Крайняя степень истощения. Цвет кожи желто-бледный, пальцы кистей и стоп - синюшные. Красный оттенок волос. ЧДД 24-26 в минуту. АД 60 и 40 мм рт.ст. Пульс нитевидный. Зубы требуют санации. Глотание нарушено. Печень на 3см ниже края реберной дуги. Температура тела 35.5 градусов.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка $D \leq S$. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо.

Мелкий тремор языка. Глоточный рефлекс снижен. Объем активных движений оценить невозможно из-за тяжести состояния. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук D=S, оживлены; с ног D=S, оживлены. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs. Интенционный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга проверить невозможно из-за тяжести состояния. Легкая дизартрия.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 3.

Больной Д., 40 лет.

Поступил в стационар с направительным диагнозом: «Железодефицитная анемия».

Жалобы при поступлении на: общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, тупую диффузную головную боль, снижение внимания и памяти, слабость в руках, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, появление их ни с чем не связывает. Вначале появилась головную боль тупого характера, слабое головокружение, повышенную утомляемость, затем появилась вялость, раздражительность, нарушение сна, снижение памяти. Далее появилась слабость в руках, они начали «трястись», возникло чувство онемения кистей и стоп. В последний месяц стали беспокоить резкие приступообразные боли в животе. Проходил амбулаторное лечение с диагнозом «железодефицитная анемия», принимал сорбифер по 2 таблетки 3 раза в сутки, без эффекта. В последнюю неделю стал жаловаться на постоянную сонливость.

Анамнез жизни: Работает паяльщиком, занят в основном свинцовой пайкой водородным пламенем.

Наследственность: не помнит.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: курит по 1 пачке в день около 20 лет, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Состояние тяжелое. Рост 180 см., масса тела 80 кг. 8. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые влажные, бледн-розовые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 19 в 1 минуту.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 86 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 86 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 110/60 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Видна лиловато-серая полоска по краю десен. Зев бледно-розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Недоведение правого глазного яблока кнутри на 5 мм. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Носогубная складка

D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык прямо. Глоточный рефлекс живой. Объем активных движений полный. Гипотония мышц кистей. Сила мышц в проксимальном отделе рук 4 балла (в основном в разгибателях), в дистальном отделе – 5 баллов, в мышцах ног – 5 баллов. «Свисающая кисть». Глубокие рефлексы с рук D≤S оживлены; с ног D=S, живые. Подошвенные – D=S, торпидные. Брюшные – abs. Мелкоамплитудный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга пошатывание. Нарушение болевой и температурной чувствительности по типу перчаток и носок.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 4.

Больной И., 47 лет.

Жалобы при поступлении на: «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе, быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью, боли в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания: 19 декабря 2008 года отравился угарным газом. Был госпитализирован в реанимационное отделение. С того момента появился «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе; быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью (в момент подъема АД принимает андипал по 1 таблетке). Периодически проходит стационарное лечение с временным эффектом.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка, хронический бронхит, гипертоническая болезнь.

Привычные интоксикации: курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см., масса тела 95 кг. Осанка правильная. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 16 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудинной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 76 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 76 в минуту, повышенного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 140/70 мм.рт.ст.

Язык розового цвета, влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук

D=S, живые; с ног D=S, живые. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга – пошатывание. Болезненность при пальпации остистых отростков на шейном и поясничном уровнях.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 5.

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 6.

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, предпочитал лежать лицом вниз, значительно снизилась память, растерян, не может работать. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени, отмечены ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, скуловой симптом Бехтерева справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3.5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексы оживлены, больше справа, хватательные стопные знаки с двух сторон, нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии черепа костнодеструктивных изменений не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступеваны единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 7.

Больной Д 48 лет

Жалобы: слабость в ногах, онемение в ногах, больше левой, Тонические сведения в мышцах голени; боль в голеностопных суставах, ограничение движений в левом коленном, правом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания: болен с 1996г (после работы в Чернобыле) – появилось онемение в в левой ноге, затем правой, практически сразу присоединилась слабость в ногах, больше в левой. Симптоматика медленно нарастает в динамике С 2002 года инвалид III группы. С 2005 года – нестабильность, прием гипотензивных препаратов нерегулярный.

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, полиневритическая гипестезия в стопах до середины голеней, выпадение ахилловых, снижение коленных рефлексов; снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног справа 4 балла, слева 2-3 балла, в стопах слева 3, справа 4 балла.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 8.

Больной 58 лет

Жалобы: на легкую слабость в руках, умеренно выраженную в ногах, преимущественно в проксимальных отделах; на повышенную утомляемость; на поперхивания при еде, невозможность самостоятельно проглотить твердую пищу.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания отмечает с 2002 года, когда заметил появление слабости в ногах при выраженной физической нагрузке (подъем в гору), чего не наблюдалось ранее. За медпомощью не обращался. Считает себя больным с 2005 года, когда за 7 месяцев похудел на 20 кг, появилась постоянная слабость в ногах при обычных физических нагрузках, затем в руках. Симптоматика за этот период (7 мес) выросла до легкого пареза в руках, умеренно выраженного в ногах. В последующем присоединились легкие бульбарные нарушения в виде поперхивания при еде, невозможности самостоятельно проглотить твердую пищу. На фоне регулярно проводимой терапии отмечает некоторый регресс неврологической симптоматики.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкая асимметрия носогубных складок D□S, легкий бульбарный синдром; легкая атрофия мышц плечевого пояса, ярче справа; снижение мышечной силы в проксимальных отделах рук 4 балла, проксимальных отделах ног 3 балла глубокие рефлексы высокие D □ S, без патологических знаков; снижение брюшных рефлексов; указательные пробы выполняет уверенно, покачивание в позе Ромберга. Болезненность паравerteбральных точек в шейном отделе позвоночника.

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 9.

Больной 69 лет

Жалобы: интенсивная боль в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника резко усиливающаяся при движении, иррадиирующие в правую руку, обе ноги; на слабость в ногах, слабость в правой кисти

Анамнез заболевания: 1998 г закрытая сочетанная травма с компрессионным переломом тела L1, состояние после декомпрессивной корпорэктомии L1с передним корпородезом, аллоплантатом от 01.03.98. 2005г – компрессионный перелом тела D6 позвонка. После перенесенных травм беспокоят вышеописанные жалобы.

Неврологический статус: боль паравerteбральных точек, ограничение движений в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, умеренно выраженный парез разгибателей правой кисти (2-3 балла), легкий парез в ногах (4 балла), легкая атрофия правой руки, мышц правого надплчья. Глубокие рефлексы с рук D □ S, с ног торпидны

D=S, легкий атактический синдром, гипестезия в правой руке; положительные симптомы натяжения

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 10.

Больная Л 79 лет

Жалобы при поступлении: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, боли в области сердца, гипергидроз

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 220/...; нерегулярно принимала дибазол, папаверин. 3.10.08 в поликлинике ОКБ (прием к сурдологу) остро развилась сильная головная боль, боли в области сердца, гипергидроз, рвота желчью; зарегистрировано ↑ АД 250/140, с диагнозом «Гипертонический криз, острая гипертоническая энцефалопатия», госпитализирована ревматологическое отделение ОКБ. В последующие дни сохранялось высокое АД 180-200/100, головная боль, рвота. На 3-и сутки с момента заболевания присоединение менингеальная симптоматика.

Неврологический статус недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$; парезов нет, глубокие рефлексы торпидны $d = s$, рефлекс орального автоматизма. Регресс менингеального синдрома к 10 дню заболевания

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

Задача 11.

Больная Т., 49 лет

Жалобы: диффузная головная боль преимущественно теменно-затылочной локализации, сопровождающаяся тошнотой, рвотой; общая слабость, субфебрилитет

Анамнез заболевания: 17.03.18 при небольшом натуживании остро развилась боль в теменно-затылочной области, повторяющаяся рвота, головокружение. Госпитализирована в неврологическое отделение ЦРБ (аналгин, спазмолитики, мексидол). 18.03 выписана по просьбе больной, сохранялись головная боль, головокружение, тошнота. С 20.03 – субфебрилитет. Направлена с областного приема в стационар по cito.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, болезненность окципитальных точек, легкая ригидность затылочных мышц, 2-х сторонний Кернига

Задания:

1. Выделите симптомы (ОПК-4.1).
2. Поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.3).
3. Составьте план дополнительных обследований (ПК-4.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии и эндокринологии

Приложение 1

**к рабочей программе дисциплины
«Диффузные паренхиматозные
заболевания легких»**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по дисциплине
«Диффузные паренхиматозные заболевания легких»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия
Направленность: Терапия
Квалификация выпускника: врач-терапевт
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: Б1.В.3

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенций	Этапы формирования
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».	2 год обучения
	ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ПК-1	ПК-1.1	Знать: Клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатического легочного фиброза, гиперчувствительного пневмонита, саркоидоза Клиническую картину диффузных паренхиматозных заболеваний легких Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких Методы лабораторной и инструментальной диагностики диффузных паренхиматозных заболеваний легких, показания и противопоказания к их использованию Особенности течения диффузных паренхиматозных заболеваний легких и коморбидных состояний у взрослого населения Основные принципы построения клинического диагноза Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам Медицинские показания направления	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

	<p>пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуSSION, аускультацию) и интерпретировать его результаты Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - пульсоксиметрию - чтение спирограмм Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов Обосновывать направление пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов Устанавливать диагноз с учетом МКБ Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>		
--	--	--	--

	<p>Владеть: Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Методами физикального обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты: - пульсоксиметрия - чтение спирограмм Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p>		
ПК-1.2	<p>Знать: Порядок оказания медицинской помощи по профилю "терапия" Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при диффузных паренхиматозных заболеваниях легких в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при диффузных паренхиматозных заболеваниях легких, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции</p> <p>Уметь: Составлять и обосновывать план лечения пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины диффузного паренхиматозного заболевания легких и</p>	<p>Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.</p>	<p>Зачет, 2 год обучения</p>

	<p>факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с диффузным паренхиматозным заболеванием легких с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении диффузного паренхиматозного заболевания легких для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами лечения пациентов с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких 		
--	--	--	--

2. Оценочные средства

Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль сформированности компетенций **ПК-1** (ПК-1.1, ПК-1.2)

Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Примеры:

1. ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
 - 1) амиодарона
 - 2) лаптаконитина гидробромида
 - 3) пропафенона
 - 4) хинидина гидрохлорида

2. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
 - 1) сухих хрипов
 - 2) влажных хрипов
 - 3) экспираторной одышки
 - 4) инспираторной одышки

3. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРЕОБЛАДАЕТ
 - 1) гнойная мокрота в большом количестве
 - 2) длительная и рецидивирующая лихорадка
 - 3) прогрессирующая одышка
 - 4) бледно-розовая сыпь в области суставов

4. У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ СПИРОМЕТРИИ ВЫЯВЛЯЮТ
 - 1) смешанные изменения
 - 2) изменения только индекса Тиффно
 - 3) рестриктивные нарушения
 - 4) обструктивные нарушения

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ПК-1** (ПК-1.1, ПК-1.2)

Пример:

Пациентка 30 лет жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: При профилактическом флюорографическом осмотре выявлена диссеминация в легких неясного генеза.

Анамнез жизни: Не курит. Контакта с профессиональными вредностями не было. Наследственность не отягощена.

Данные физикального обследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%. Рентгенологически с обеих сторон на всем протяжении обнаруживаются усиление легочного рисунка и очаговые тени преимущественно в средних полях легких. Бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы увеличены.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ПК-1.1	Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить диагностические	Не способен применять: Сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких Проводить диагностические

<p>манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - пульсоксиметрию - чтение спирограмм</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов</p> <p>Обосновывать направление пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Владеет:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Методами физикального обследования пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты: - пульсоксиметрия - чтение спирограмм</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p>	<p>манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - пульсоксиметрию - чтение спирограмм</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов</p> <p>Обосновывать направление пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>
--	--

ПК-1.2	<p>Умеет:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины диффузного паренхиматозного заболевания легких и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с диффузным паренхиматозным заболеванием легких с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении диффузного паренхиматозного заболевания легких для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с</p>	<p>Не способен:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины диффузного паренхиматозного заболевания легких и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с диффузным паренхиматозным заболеванием легких с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с диффузным паренхиматозным заболеванием легких</p>
--------	--	---

	<p>применением телемедицинских технологий</p> <p>Владеет:</p> <p>методами лечения пациентов с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких</p>	
--	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ПК-1 (ПК-1.1)

1. ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1) амиодарона
- 2) лаптаконитина гидробромида
- 3) пропафенона
- 4) хинидина гидрохлорида

2. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) сухих хрипов
- 2) влажных хрипов
- 3) экспираторной одышки
- 4) инспираторной одышки

3. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1) гнойная мокрота в большом количестве
- 2) длительная и рецидивирующая лихорадка
- 3) прогрессирующая одышка
- 4) бледно-розовая сыпь в области суставов

4. ПРИ ЛЕГКОМ ФЕРМЕРА В КАЧЕСТВЕ АЛЛЕРГЕНА ВЫСТУПАЮТ

- 1) пылевые аллергены
- 2) кандиды
- 3) эпидермальные аллергены
- 4) актиномицеты

5. У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ СПИРОМЕТРИИ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) смешанные изменения
- 2) изменения только индекса Тиффно
- 3) рестриктивные нарушения
- 4) обструктивные нарушения

6. ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ЛЕГКИХ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ САРКОИДОЗА

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) функция внешнего дыхания, спиральная компьютерная томография, биопсия легкого
- 2) бронхоскопия, бодиплетизмография, оксигенометрия, ангиография легких
- 3) пульсоксиметрия, определение альвеолярного рСО₂ вследствие возвратного дыхания, опросник SF-36
- 4) бронхоспирография, исследование дыхания при физической нагрузке, сцинтиграфия легких

8. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) Неуклонно прогрессирующей одышки инспираторного типа
- 2) Непродуктивного кашля
- 3) Конечно-инспираторной крепитации
- 4) Внутригрудной аденопатии

9. К ИДИОПАТИЧЕСКИМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПНЕВМОНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С КУРЕНИЕМ ОТНОСИТСЯ

- 1) Лимфоидная интерстициальная пневмония
- 2) Неспецифическая интерстициальная пневмония
- 3) Десквамативная интерстициальная пневмония
- 4) Криптогенная организуемая пневмония

10. ДЛЯ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Увеличение числа лимфоцитов
- 2) Увеличение числа нейтрофилов
- 3) Уменьшение числа нейтрофилов
- 4) Уменьшение числа эозинофилов

11. ОДНИМ ИЗ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Снижение ОФВ1
- 2) Снижение ОФВ1/ФЖЕЛ
- 3) Снижение диффузионной способности легких
- 4) Гиперкапния

12. КАКОЙ ПРИЗНАК ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

- 1) Участки консолидации субплеврально расположенные
- 2) Одиночные очаги
- 3) Преобладание симптома матового стекла
- 4) Сотовое легкое, преобладание изменений в кортикальный и базальных отделах легких

13. ДИАГНОЗ ИЛФ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

- 1) Исключение других причин интерстициальных легочных заболеваний (СЗСТ, лекарственные поражения, гиперчувствительный пневмонит)
- 2) Наличие паттерна обычной интерстициальной пневмонии по данным КТВР у пациентов, которым не показана хирургическая биопсия легких
- 3) Множественные диффузно расположенные участки консолидации по КТВР
- 4) Верно 1) и 2)

14. КРИТЕРИИ ОБОСТРЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА:

- 1) нарастание одышки в течение менее чем одного месяца
- 2) появление новых диффузных изменений на рентгенограмме легких
- 3) отсутствие связи обострения с инфекционными факторами и сердечной недостаточностью
- 4) все перечисленное

15. ПРИ КЛЕТОЧНОМ ВАРИАНТЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В БАЛ ОТМЕЧЕНО

- 1) Увеличение числа лимфоцитов
- 2) Увеличение числа нейтрофилов
- 3) Уменьшение числа лимфоцитов
- 4) Уменьшение числа эозинофилов

16. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ПАТТЕРНУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) Системных заболеваниях соединительной ткани
- 2) Бактериальной пневмонии
- 3) Раке легкого
- 4) Вирусной пневмонии

17. ПО ДАННЫМ КТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Симптом матового стекла, усиление перибронховаскулярного интерстиция
- 2) Участки сотового легкого
- 3) Одиночные очаги
- 4) Участки ателектаза

18. ОСТРОЕ ИЛИ ПОДОСТРОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) Идиопатического легочного фиброза

- 2) Неспецифической интерстициальной пневмонии
- 3) Криптогенной организуемой пневмонии
- 4) Десквамативной интерстициальной пневмонии

19. ТИПИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КРИПТОГЕННОЙ ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Пятнистые, двусторонние (реже односторонние) плотные участки консолидации субплевральной локализации
- 2) Диффузный симптом матового стекла
- 3) Участки сотового легкого
- 4) Усиление междолькового и междолькового интерстиция

20. ПРИ КРИПТОГЕННОЙ ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ ПОРАЖЕННЫЕ АЛЬВЕОЛЫ ЗАПОЛНЕННЫ

- 1) Экссудатом
- 2) Скоплениями нейтрофилов
- 3) Скоплениями лимфоцитов
- 4) Полиповидной грануляционной тканью

21. В ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА У БОЛЬНЫХ ДЕСКВАМАТИВНОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ОСНОВНЫМ КЛЕТОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нейтрофил
- 2) альвеолярный макрофаг с гранулами «пигмента курильщика»
- 3) лимфоцит
- 4) эозинофил

22. К СИНДРОМУ НАММАН-РИЧ в настоящее время относится

- 1) Идиопатический легочный фиброз
- 2) Острая интерстициальная пневмония
- 3) Неспецифическая интерстициальная пневмония
- 4) Криптогенная организуемая пневмония

23. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ САРКОИДОЗА

- 1) Эпителиоидно-клеточные гранулемы без казеоза с четкими контурами
- 2) Эпителиоидно-клеточные гранулемы с казеозом
- 3) Эпителиоидно-клеточные гранулемы без казеоза без четких контуров
- 4) Диффузная инфильтрация легочного интерстиция лимфоцитами

24. ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕФГРЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) Узловатая эритема, увеит, миокардит, лихорадка
- 2) Внутригрудная лимфаденопатия, узловатая эритема, суставной синдром, лихорадка
- 3) Внутригрудная лимфаденопатия, кольцевидная эритема, суставной синдром
- 4) Узловатая эритема, боли в животе, диарея

25. СИНДРОМ ХЕЕРФОРДА-ВАЛЬДЕНСТРЕМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Узловатой эритемой, суставным синдромом, лихорадкой
- 2) Внутригрудной лимфаденопатией, кольцевидной эритемой
- 3) Увеитом, паротитом, лихорадкой
- 4) Суставным синдромом, односторонним экзофтальмом

26. СИНДРОМ ХЕЕРФОРДА-ВАЛЬДЕНСТРЕМА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ

- 1) Лангергансоклеточного гистиоцитоза
- 2) Саркоидоза
- 3) Микроскопического артериита
- 4) Туберкулеза

27. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ САРКОИДНЫХ РЕАКЦИЙ МОГУТ БЫТЬ

- 1) Инородные тела
- 2) Злокачественные опухоли
- 3) Паразитарные заболевания
- 4) Все перечисленное

28. ПРИ КАКОМ КОЖНОМ ПРОЯВЛЕНИИ САРКОИДОЗА БИОПСИЯ НЕ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ?

- 1) Саркоидозные узлы
- 2) Саркоидозные бляшки
- 3) Узловатая эритема
- 4) Пятнистый саркоид

29. ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ ОРГАНОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ?

- 1) Почки
- 2) Сердце
- 3) ЛОР-органы
- 4) Все перечисленное

30. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОСАРКОИДОЗА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) Поражение черепных нервов
- 2) Поражение оболочек головного мозга
- 3) Периферическую нейропатию
- 4) Все перечисленное

Контролируемые компетенции: ПК-1 (ПК-1.2)

1. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иммуномодулирующие препараты
- 2) антибиотики широкого спектра действия
- 3) противовоспалительные препараты
- 4) антифибротические препараты

2. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ЭФФЕКТИВНО ЗАМЕДЛЯЕТ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

- 1) Преднизолон
- 2) Азатиоприн
- 3) Колхицин
- 4) Нинтеданиб

3. СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ САРКОИДОЗА В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

- 1) Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов без клинических проявлений

- 2) Прогрессирующее течение болезни по данным рентгенологического и функционального исследования дыхания
 - 3) Выраженные симптомы или внелёгочных проявления
 - 4) Верно 2) и 3)
4. ОСНОВНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ПНЕВМОНИТА ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) Антибиотики
 - 2) Глюкокортикоиды
 - 3) Антифибротические препараты
 - 4) Цитостатики
5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ФИБРОТИЧЕСКОМ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОМ ПНЕВМОНИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- 1) Колхицин
 - 2) Нинтеданиб
 - 3) Кларитромицин
 - 4) Циклофосфан
6. ПРЕПАРАТОМ ВТОРОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Метотрексат
 - 2) Пирфенидон
 - 3) Рофлумиласт
 - 4) Ритуксимаб
7. ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ САРКОИДОЗА 1 СТАДИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Активное наблюдение
 - 2) Назначение глюкокортикоидов
 - 3) Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 4) Назначение антибиотиков
8. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА САРКОИДОЗА ЕМУ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
- 1) Витаминов группы В
 - 2) Ингибиторов АПФ
 - 3) Антибиотиков
 - 4) Индукторов интерферонов
9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРИПТОГЕННОЙ ОРГАНИЗУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ
- 1) Антибиотики
 - 2) Глюкокортикоиды
 - 3) Нестероидные противовоспалительные средства
 - 4) Рофлумиласт
10. БЕССИМПТОМНЫМ БОЛЬНЫМ С 1 ЛУЧЕВОЙ СТАДИЕЙ САРКОИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН ВИТАМИН
- 1) А
 - 2) В1
 - 3) С
 - 4) Е

11. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА САРКОИДОЗА ЕМУ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) Лечебной физкультуры
- 2) Физиопроцедур с электромагнитными полями
- 3) Ингаляций бронхорасширяющих препаратов
- 4) Ингаляций муколитиков

12. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Системные глюкокортикоиды
- 2) Цитостатические препараты
- 3) Оперативное лечение
- 4) Лечебный бронхоальвеолярный лаваж

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

Жалобы: Пациент 79 лет предъявляет жалобы на одышку инспираторного характера при ходьбе около 100 м, периодически небольшой кашель со скудной слизистой мокротой.

Анамнез заболевания: Впервые изменения в легких выявлены при плановой флюорографии год назад – диссеминированный процесс в легких. Проводилось обследование в ОПТД, диагноз туберкулеза исключен. Постепенно нарастает одышка.

Анамнез жизни: Полгода назад впервые выявлена фибрилляция предсердий.

Данные осмотра: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 170 см, вес 78 кг. Температура тела 36,5°. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 88 ударов в минуту, аритмичный. АД 140/70 мм рт.ст. Правая граница сердца на 0,5 см от правого края грудины, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 96 в минуту. ЧД 20 в минуту. Над легкими легочный перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах с обеих сторон выслушивается крепитация. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 94%.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 2

Жалобы: Пациентка 46 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 5 месяцев - с июня текущего года, когда впервые появились сухой надсадный кашель, повышение температуры тела до субфебрильной, утомляемость, слабость. Диагностирован острый бронхит в рамках респираторной вирусной инфекции. Проводившееся симптоматическое лечение не дало эффекта – сохранялся кашель, появилось обильное потоотделение. В сентябре стала беспокоить одышка при незначительной физической нагрузке. Рентгенологически отмечено снижение воздушности легочной ткани, преимущественно в базальных отделах легких. Клиническая картина расценена как затянувшаяся двухсторонняя пневмония, в связи с чем назначены антибактериальные препараты, не повлиявшие, однако, на симптомы в течение ближайшего месяца. Рентгенологически определялась множественная мелкоочаговая диссеминация по обоим легочным полям, что потребовало обследования в

противотуберкулезном диспансере. После исключения туберкулеза легких для уточнения диагноза госпитализирована в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни: Пациентка живет в благоустроенной квартире, домашних животных нет, в течение последнего года держит несколько попугаев. За пределы города в течение двух лет не выезжала. Не курит. Работает учителем в средней школе.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Рост 167 см, вес 61 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧД 19 в минуту. Грудная клетка конической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Небольшое укорочение перкуторного звука над нижними отделами легких с обеих сторон. Дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 95%.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациентки (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 3

Жалобы: Пациентка 52 лет предъявляет жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, небольшой сухой кашель, общую слабость.

Анамнез заболевания: Кашель отмечала в течение последних 2 лет. Около года назад появилась узловатая эритема на голенях, боли в голеностопных суставах. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов. 4 месяца назад появились единичные папулезные элементы на коже плеч. В течение последних 2 месяцев отмечает появление одышки при физической нагрузке. Рентгенологически отмечена отрицательная динамика.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 160 см, вес 71 кг. Гиперемия лица. Небольшие папулы в розового цвета в области левой ушной раковины, над правым веком, бляшки бордового цвета до 0,8 см в диаметре с центральным шелушением в области левого плеча, правого локтевого сустава, бедер. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка конической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 97%.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациентки (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 4

Жалобы: Пациент 63 лет предъявляет жалобы на постоянный кашель с выделением светлой мокроты, одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба на 100 м), цианоз кончиков пальцев рук и ног, усиливающийся на холоде.

Анамнез заболевания: Отмечает частые острые респираторные вирусные инфекции, бронхиты с детства. Кашель, одышка при физической нагрузке беспокоят около 1,5–2 лет.

Кашель самостоятельно проходил и вновь появлялся, одышка беспокоит постоянно. Эпизодически принимал симптоматическую терапию без эффекта. Обследован в терапевтическом отделении, где при Эхо-КГ обнаружено умеренное расширение правых камер сердца. Трикуспидальная (2 степень), митральная (1 степень) регургитация. Признаки среднетяжелой легочной гипертензии. Функция внешнего дыхания: умеренное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу. В анамнезе в течение 30 лет наблюдалось резкое посинение пальцев рук, особенно в зимний период, которое трактовалось как синдром Рейно.

Анамнез жизни: Не курит. Контакта с профессиональными вредностями не было. Наследственность не отягощена.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы бледные, цианоз губ, кистей и стоп. Уплотнение кожи фаланг пальцев рук. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание через нос свободное. Частота дыхания 18 в мин. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон выслушивается крепитация. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 68 ударов в минуту. АД 135/80 мм рт. ст. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Дизурии нет. Сатурация O₂ 92%.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 5

Пациентка 30 лет жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: При профилактическом флюорографическом осмотре выявлена диссеминация в легких неясного генеза.

Анамнез жизни: Не курит. Контакта с профессиональными вредностями не было. Наследственность не отягощена.

Данные физикального обследования: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%. Анализ крови: Hb - 140 г/л, эр. - 4 800000, л. - 6500, э. - 2%, п. - 1%, с - 58%, лимф. - 34%, мон. - 5%; СОЭ - 6 мм/ч. Проба Манту отрицательная. Рентгенологически с обеих сторон на всем протяжении обнаруживаются усиление легочного рисунка и очаговые тени преимущественно в средних полях легких. Бронхопультмональные и паратрахеальные лимфатические узлы увеличены.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 6

Жалобы. Пациент, 30 лет, жалуется на одышку при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель.

Анамнез заболевания: Во время медицинского осмотра для устройства на работу экономистом было выяснено, что сухой кашель беспокоит в течение 6-8 месяцев,

периодически на протяжении 2 лет наблюдается повышение температуры тела до 37,5⁰С. К врачам не обращался, на диспансерном учете не состоит по месту жительства.

Анамнез жизни: В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии не служил, т.к. учился в университете, потом в магистратуре и аспирантуре. Работает экономистом в банке. Алкоголь не употребляет. Курение - 1 пачку сигарет в день в течение 15 лет. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делал рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Данные физикального обследования: Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Сатурация O₂ 96%. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены очаги диссеминации в средних отделах легких.

МСКТ органов грудной клетки

Двусторонняя перилимфатическая мелкоочаговая диссеминация в сочетании с неравномерным утолщением междольковых перегородок, перибронхиального и периваскулярного интерстиция. Увеличения внутригрудных лимфатических узлов нет.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 7

Жалобы. Пациент Н. 67 лет предъявляет жалобы на сухой приступообразный кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, потливость, вечерние подъемы температуры до 38,6⁰С.

Анамнез заболевания: вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 3,5 месяцев. Дважды за этот период находился на стационарном лечении с диагнозом «двусторонняя полисегментарная пневмония». Получал антибактериальные препараты (цефтриаксон, сульперазон, кларитромицин, цефтаролин, ванкомицин, метронидазол), противогрибковый препарат флуконазол, проводимая терапия – без какого-либо клинического эффекта. Осмотрен фтизиатром, данных за туберкулез не выявлено.

Анамнез жизни: Из анамнеза жизни: не курит и никогда не курил, в прошлом офисный служащий, профессиональных вредностей не было. В настоящее время пенсионер, проживает в квартире без кондиционера и признаков загрязнения плесневыми грибами, домашние животные и птицы отсутствуют. Ранее по поводу хронических заболеваний дыхательной системы не наблюдался. Сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, постоянная форма фибрилляции предсердий, нормоформа, хроническая сердечная недостаточность. Постоянно принимает торасемид 2,5 мг, аторвастатин 20 мг, аписабан 5 мг 2 раза, в сутки амиодарон 200 мг.

Данные физикального обследования: Кожные покровы обычного цвета, влажные, отеков нет, периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания – 20 в минуту. При аускультации в легких дыхание везикулярное, в задненижних отделах крепитация с обеих сторон, единичные жужжащие хрипы. Тоны сердца аритмичные, приглушены, шумов нет.

Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 117 в минуту. Артериальное давление (АД) – 110/70 мм рт.ст. По результатам пульсоксиметрии насыщение крови кислородом (SpO₂) – 92%. КТВР легких: полисегментарные инфильтративные изменения обоих легких по типу «матового стекла» с участками консолидации

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА № 8

Больной 65 лет был направлен на госпитализацию в терапевтическое отделение поликлиники с предварительным диагнозом хроническая обструктивная болезнь лёгких.

Жалобы на одышку, возникающую при ходьбе на расстояние 50 метров, кашель по утрам с отделением небольшого количества бело-серой мокроты, снижение веса на 7 кг в течение года.

Анамнез заболевания. Курит с 25 лет в среднем по 5 сигарет в сутки. В поликлинике по м/ж, куда пациент иногда обращался при появлении насморка, боли в горле при глотании, кашля с мокротой и повышения температуры до 37,2-37,5⁰С, в 40 лет был диагностирован хронический бронхит курильщика, по поводу которого постоянной терапии не проводится. На протяжении последних 1,5 лет отмечает появление одышки при ходьбе по улице, которая постепенно нарастала и к настоящему времени возникает при ходьбе в обычном темпе на расстояние всего около 50-100 метров. Кроме того, за последний год пациент заметил потерю веса примерно на 7 кг, произошедшую без видимой причины.

Анамнез жизни. Курит с 25 лет по 3 сигареты в день, ИЧК=6 пачка/лет. В течение жизни работал инженером-проектировщиком, наличие профессиональных вредностей отрицает, с 60 лет на пенсии. Перенесенные заболевания и операции: тонзилэктомия в 15 лет, пневмония в возрасте 35 лет, лечился амбулаторно антибактериальными препаратами (название не помнит).

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 88 кг, рост 172 см, ИМТ=29,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Ногтевые фаланги пальцев рук изменены в виде «барабанных палочек». Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах, на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «липучка» (или хрипы «Velcro»). ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 78 ударов в минуту, АД 135/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии и эндокринологии

Приложение 1

**к рабочей программе дисциплины
«Синдром диабетической стопы»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Синдром диабетической стопы»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.В.4

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенций	Этапы формирования
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».	2 год обучения
	ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ПК-1	ПК-1.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные клинические проявления синдрома диабетической стопы, приводящие к тяжелым осложнениям и (или) угрожающим жизни, определение тактики ведения пациента с синдромом диабетической стопы с целью их предотвращения; - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы; - методику сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни; - методику осмотра пациентов; - анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме и у 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий. 	Зачет, 2 год обучения

	<p>пациентов с синдромом диабетической стопы;</p> <ul style="list-style-type: none">- особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с синдромом диабетической стопы;- этиологию и патогенез синдрома диабетической стопы;- современную классификацию и клиническую симптоматику синдрома диабетической стопы;- современные методы клинической и параклинической диагностики синдрома диабетической стопы;- МКБ;- симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с синдромом диабетической стопы;- медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- заболевания и состояния эндокринной системы, требующие направления пациентов с синдромом диабетической стопы к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- состояния при синдроме диабетической стопы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме;- заболевания и состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями при синдроме диабетической стопы. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы;- Проводить осмотры и обследования пациентов с синдромом диабетической		
--	---	--	--

	<p>стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать и анализировать информацию, полученную у пациентов с синдромом диабетической стопы; - оценивать анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме и при синдроме диабетической стопы; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального исследования пациентам с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать необходимость направления к врачам -специалистам пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами – специалистами пациентов с синдромом 		
--	--	--	--

	<p>диабетической стопы;</p> <ul style="list-style-type: none">- выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики синдрома диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- обосновывать и планировать объем дополнительного лабораторного и инструментального исследования при синдроме диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- обосновывать и планировать объем консультирования врачами – специалистами пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с		
--	--	--	--

	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none">- интерпретировать и анализировать результаты консультирования врачами – специалистами пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none">- методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы;- методами клинического осмотра, выявления клинических симптомов и синдромов пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- методами оценки и анализа результатов лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики синдрома диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		
--	--	--	--

ПК-1.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению с синдромом диабетической стопы; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы; - современные методы лечения пациентов с синдромом диабетической стопы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы; - механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых у пациентов с синдромом диабетической стопы; - принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с синдромом диабетической стопы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.; - назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с синдромом диабетической стопы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий. 	<p>Зачет, 2 год обучения</p>
--------	---	--	--------------------------------------

	<p>помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов медицинских изделий у пациентов с синдромом диабетической стопы; - проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики у пациентов с синдромом диабетической стопы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения синдрома диабетической стопы; - назначать лечебное питание пациентам с синдромом диабетической стопы; - назначать лечебно-оздоровительный режим пациентам с синдромом диабетической стопы. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов медицинских изделий у пациентов с синдромом диабетической стопы; - методикой назначения лечебного питания и лечебно-оздоровительного режима пациентам с синдромом диабетической стопы. 		
--	--	--	--

2. Оценочные средства

Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль сформированности компетенций **ПК-1** (ПК-1.1, ПК-1.2)

Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Примеры:

1. К ГРУППЕ РИСКА СДС НЕ ОТНОСЯТСЯ
 - А. Слепые и слабовидящие
 - Б. Одинокие и пожилые пациенты
 - В. Больные с циррозом печени
 - Г. Курильщики

2. В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СДС НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Длительное течение сахарного диабета
- Б. Злоупотребление алкоголем
- В. Трофическая язва в анамнезе
- Г. ИБС в анамнезе

3. В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СДС НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Артериальная гипертензия
- Б. Дислипидемия
- В. Деформация стоп
- Г. Курение

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию ПК-1 (ПК-1.1, ПК-1.2)

Пример:

Пациент Т., 60 лет, инвалид 2 группы, поступил в клинику по неотложной помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы: на жажду, сухость во рту, боли в области правой стопы.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет. Принимает глибенкламид 3,5 мг в дозе 3 таблетки в сутки, диетические рекомендации не выполняет. Длительное время отмечает гипергликемию натощак до 13,0 ммоль/л. По поводу гипертонической болезни нерегулярно принимает антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, диуретики). Ишемический инсульт дважды. Оперирован по поводу гангрены 1 пальца левой стопы. Злоупотребляет алкогольными напитками, курит. За 3 дня до поступления в клинику появилась сильная жажда, полиурия, выраженная одышка, резкая мышечная слабость, уровень артериального давления не контролировал. Состояние больного ухудшилось, был доставлен по неотложной помощи в хирургическое отделение.

При осмотре: общее состояние тяжелое, сознание сохранено. Сухость кожи и слизистых. Язык сухой, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Тоны сердца глухие. АД 160/90 мм рт.ст., пульс 90 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Выраженные отеки нижних конечностей. Кожа в области нижних конечностей бледная, атрофичная, пульсация на артериях стоп снижена, гиперемия, отечность, язвенный дефект 1 см в области 1 пальца правой стопы.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и сформулируйте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ПК-1.1	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none">- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы;- проводить осмотры и обследования пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать информацию, полученную у пациентов с синдромом диабетической стопы;- оценивать анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме и при синдроме диабетической стопы;- интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного и	<p>Не способен использовать:</p> <ul style="list-style-type: none">- методику сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы;- методы клинического осмотра, выявления клинических симптомов и синдромов пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- методы оценки и анализа результатов лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики синдрома диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- обосновывать необходимость направления к врачам -специалистам пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами – специалистами пациентов с синдромом диабетической стопы;
- выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики синдрома диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- обосновывать и планировать объем дополнительного лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической

стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- обосновывать и планировать объем консультирования врачами – специалистами пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты консультирования врачами – специалистами пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Владеет:

- методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы;

- методами клинического осмотра, выявления клинических симптомов и синдромов пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- методами оценки и анализа результатов лабораторного и инструментального исследования у пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики синдрома диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	
ПК-1.2	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.; - назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с синдромом диабетической стопы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.; - проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов медицинских изделий у пациентов с синдромом диабетической стопы; - проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики у пациентов с синдромом диабетической стопы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения сахарного диабета; - назначать лечебное питание пациентам с синдромом диабетической стопы; - назначать лечебно-оздоровительный режим пациентам с синдромом диабетической стопы. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими 	<p>Не способен использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - оценку эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов медицинских изделий у пациентов с синдромом диабетической стопы; - методику назначения лечебного питания и лечебно-оздоровительного режима пациентам с синдромом диабетической стопы.

	<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов медицинских изделий у пациентов с синдромом диабетической стопы;</p> <p>- методикой назначения лечебного питания и лечебно-оздоровительного режима пациентам с синдромом диабетической стопы.</p>	
--	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ПК-1 (ПК-1.1, ПК-1.2)

1. ГРУППОЙ РИСКА СДС НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - А. Лица с заболеваниями периферических артерий любого генеза
 - Б. Слепые и слабовидящие
 - В. Одинокие и пожилые пациенты
 - Г. Лица с гестационным сахарным диабетом

2. 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

3. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ
 - А. почек
 - Б. коронарных
 - В. селезенки
 - Г. нижних конечностей

4. К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ
 - А. Поражение периферических сосудов конечностей

- Б. Диабетическую ретинопатию
- В. Поражение сосудов мозга
- Г. Поражение сосудов сердца

5. КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ – ЭТО СНИЖЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА (ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ МЕДИАСКЛЕРОЗА)

- А. Менее 0,5
- Б. 0,9-1,0
- В. 1,2

6. МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Пальпация периферических артерий
- Б. Аускультация периферических артерий
- В. Исследование индекса атерогенности
- Г. Дуплексное ультразвуковое сканирование

7. ПРОФИЛАКТИКОЙ МАКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Компенсация углеводного обмена
- Б. Здоровый образ жизни (отказ от курения, снижение массы тела)
- В. Хирургическая реваскуляризация
- Г. Коррекция дислипидемии

8. ПРИ СД ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Статины
- Б. Фенофибрат
- В. Комбинированная терапия статинами и фибратами
- Г. Ничего из перечисленного

9. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Кожа бледная или атрофичная
- Б. Пульсация на артериях стоп снижена
- В. Перемежающая хромота
- Г. Пульсация на артериях стоп не изменена

10. С-ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Маркером компенсации сахарного диабета
- Б. Контринсулярным гормоном
- В. Показателем секреции инсулина
- Г. Маркером сахарного диабета 2 типа

11. В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СДС НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Длительное течение сахарного диабета
- Б. Злоупотребление алкоголем
- В. Трофическая язва в анамнезе
- Г. ИБС в анамнезе

12. В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СДС НЕ ХАРАКТЕРНО

- А. Артериальная гипертензия
- Б. Дислипидемия
- В. Деформация стоп
- Г. Курение

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

Пациент Т., 60 лет, инвалид 2 группы, поступил в клинику по неотложной помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы: на жажду, сухость во рту, боли в области правой стопы.

Из анамнеза: страдает СД 2 типа около 15 лет. Принимает глибенкламид 3,5 мг в дозе 3 таблетки в сутки, диетические рекомендации не выполняет. Длительное время отмечается гипергликемия натощак до 13,0 ммоль/л. По поводу гипертонической болезни нерегулярно принимает антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, диуретики). Ишемический инсульт дважды. Оперирован по поводу гангрены 1 пальца левой стопы. Злоупотребляет алкогольными напитками, курит. За 3 дня до поступления в клинику появилась сильная жажда, полиурия, выраженная одышка, резкая мышечная слабость, уровень артериального давления не контролировал. Состояние больного ухудшилось, был доставлен по неотложной помощи в хирургическое отделение.

При осмотре: общее состояние тяжелое, сознание сохранено. Сухость кожи и слизистых. Рост 162 см, вес 92 кг, ИМТ 36,0 кг/м². Язык сухой, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Тоны сердца глухие. АД 160/90 мм рт.ст., пульс 90 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под реберной дуги. Выраженные отеки нижних конечностей. Кожа в области нижних конечностей бледная, атрофичная, пульсация на артериях стоп снижена, гиперемия, отечность, язвенный дефект 1 см в области 1 пальца правой стопы.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и сформулируйте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА 2

Женщина Н. 58 лет, страдающая более 14 лет артериальной гипертензией на фоне избыточной массы тела, обратилась к терапевту по поводу повышенного АД. В течение года отмечает жажду, сухость во рту, боли, чувство «жжения» и онемение в области нижних конечностей.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 95 кг, ИМТ 36,0 кг/м². Щитовидная железа не увеличена, без нарушения функции при клиническом осмотре. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. При осмотре нижних конечностей кожа сухая, с участками гиперкератоза, пульсация на артериях стоп сохранена с обеих сторон, с подошвенной стороны язвенный дефект диаметром 0,5 см без признаков воспаления.

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. Назовите основные симптомы и сформулируйте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА 3

Пациент М., 49 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления (до 190/110 мм рт.ст.), чувство сдавления за грудиной во время физических нагрузок. Отмечает в течение года зябкость стоп и выраженные боли в области нижних конечностей при ходьбе. Больной является курильщиком, стаж курения 30 лет. Наследственный анамнез отягощен по СД 2 типа. Питается нефизиологично с повышенным употреблением в пищу продуктов с высоким содержанием животных жиров, избыточная калорийность пищи), злоупотребляет алкоголем. При поступлении рост 173 см, вес 91 кг, ИМТ 30,4 кг/м², ОТ/ОБ 1,23. ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка, нормальная сократительная функция сердца. Печень увеличена за счет обеих долей. Кожа в области нижних конечностей бледная, атрофичная, пульсация на артериях стоп снижена, отеков не выявлено.

В биохимическом анализе крови выявлена гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, снижение содержания ХС ЛПВП. Гликемия натощак - 6,9 ммоль/л (венозная плазма). При проведении теста толерантности к углеводам - натощак 5,7 ммоль/л, через 2 часа - 8,8 ммоль/л. Уровень С-пептида натощак в 1, 5 раза выше нормы.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1.1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА 4

Пациент, 65 лет, обратился на прием к хирургу с жалобами на боли в области 2 пальца правой стопы., образование незаживающей раны с гнойным отделяемым. Периодически боли в области раны, высокие показатели гликемии по данным самоконтроля: 10,0-13,0 ммоль/л.

Из анамнеза: СД 2 типа диагностирован 10 лет назад в период госпитализации по поводу острого инфаркта миокарда. В настоящее время принимает гликлазид МВ 120 мг в сутки и метформин 2000,0 мг в сутки. Уровень HbA1c 10,1%. Пять лет назад ампутация 1 пальца правой стопы. Настоящее ухудшение состояния в течение 2-х недель после травмы правой стопы, когда в области 2 пальца правой стопы возникла незаживающая рана, периодически боль, отек в области правой стопы. Пациент обратился к хирургу для коррекции лечения.

При осмотре: вес 95кг, рост 172см, ИМТ 33,5кг/м². Кожные покровы чистые. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 80 уд/мин. АД 140/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, без хрипов. Правая стопа: состояние после ампутации 1 пальца. Второй палец отечен, гиперемирован, раневой дефект пальца 1,0 см.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и сформулируйте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1,1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

ЗАДАЧА 5

Пациентка, 69 лет, обратилась в отделение диабетической стопы с жалобами на рану в области 2 пальца левой стопы. Периодически боли в области раны, высокие показатели гликемии по данным самоконтроля.

Из анамнеза: СД диагностирован в возрасте 40 лет во время прохождения диспансеризации. В настоящее время на инсулинотерапии: Гларгин 300 в дозе 36 ЕД в сутки и Аспарт в дозе 30 ЕД в сутки. Последний контроль HbA1c полгода назад 8,9%. Пять лет назад ампутация 1 пальца левой стопы. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда в области 2 пальца левой стопы возникла незаживающая рана, периодически боль, отек в области левой стопы. Пациентка госпитализирована в отделение диабетической стопы для проведения оперативного лечения.

При осмотре: вес 88кг, рост 162см, ИМТ 33,5кг/м². Кожные покровы чистые. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 82 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное, без хрипов. Левая стопа: состояние после ампутации 1 пальца. Второй палец отечен, гиперемирован, раневой дефект пальца 0,5 см.

Задания:

1. Назовите основные симптомы и сформулируйте диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план обследования (ПК-1,1).
3. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-1.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии и эндокринологии

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
«Диффузные паренхиматозные
заболевания легких»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Функциональная диагностика в кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.В.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Функциональная диагностика в кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Индекс компетенции	Индекс и содержание индикаторов достижения компетенции
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара.	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Коды компетенций	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ПК-1	ПК-1.1	<p>Знать:</p> <p>Теоретические основы внутренней патологии</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие методы обследования терапевтических больных - Болезни органов дыхания - Болезни сердечно-сосудистой системы - Болезни органов пищеварения - Клинику и диагностику ведущих заболеваний сердечно-сосудистой системы (системный атеросклероз, нарушения ритма сердца и проводимости, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, пороки сердца, сосудистые заболевания нижних конечностей) -Клинику и диагностику заболеваний легочной системы -Клинику и диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта -Основные принципы функциональной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Организовать работу кабинетов и отделений функциональной диагностики 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий. 	<p>Зачет</p> <p>2 год обучения</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Получить информацию о заболевании - Провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания - Оценить тяжесть состояния больного, оказать необходимую срочную помощь - Определить показания для госпитализации и организовать ее - Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, - Определить объем и последовательность применения методов обследования и лечебных мероприятий - Оценить результаты полученных инструментальных методов обследования - Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством. - Использовать современные организационные технологии диагностики, при оказании медицинских услуг в основных типах лечебно-профилактических учреждений. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами физикального обследования внутренних органов - методами оценки функционального состояния органов и систем - основными принципами диагностики болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения в клинике внутренних болезней -организовать работу кабинетов и отделений рентгенэндоваскулярных диагностики 		
--	--	--	--	--

Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль сформированности компетенций **ПК-1** (ПК-1.1)

Все задания с выбором одного правильного ответа.

Примеры:

1. Назовите электрокардиографические признаки выраженной гипертрофии правого желудочка;
 - а) QRS в V1 типа qR, продолжительность которого 0,11 сек

- б) смещение вниз сегмента S-T и отрицательный зубец T в отведениях V1,2
 - в) в отведении aVR QRS типа qR
 - г) в отведении aVR типа rS
 - д) время внутреннего отклонения в отведении VI увеличено до 0,05 с
2. Отведения V5, V6 при гипертрофии левого желудочка обычно имеют вид:
- а) qR
 - б) Rs
 - в) RS
 - г) qRs
3. В отведениях V5 и V6 при блокаде левой ножки пучка Гиса комплекс QRS имеет вид:
- а) qR (R - без особенностей)
 - б) R (R - обычно с зазубриной, широкий)
 - в) R (R - высокий, узкий)
 - г) Rs (R - широкий, с закругленной вершиной, s - малый)
4. Интервал PQ при синдроме WPW:
- а) укорочен до 0,08-0,11 сек
 - б) удлинен свыше 0,20 сек
 - в) не изменен
 - г) равен примерно 0,16-0,17 сек

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ПК-1** (ПК-1.1)

Пример:

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранился

приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. 4,5 млн., ЦП 0,79; лейкоц. 8,0 тыс.; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ1 55%; МОС25 66%; МОС50 42%; МОС75 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 84%; МОС25 68%; МОС50 59%; МОС75 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-4	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать дополнительные методы исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а так же системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. - интерпретировать результаты функциональных методов исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. <p>Владеет:</p> <p>методами проведения функциональной диагностики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.</p>	<p>Не способен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать дополнительные методы исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а так же системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. - интерпретировать результаты функциональных методов исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. - не владеет методами функциональной диагностики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ПК-1 (ПК - 1.1)

1. Назовите электрокардиографические признаки выраженной гипертрофии правого желудочка;
 - а) QRS в V1 типа qR, продолжительность которого 0,11 сек
 - б) смещение вниз сегмента S-T и отрицательный зубец T в отведениях V1,2
 - в) в отведении aVR QRS типа qR
 - г) в отведении aVR типа rS
 - д) время внутреннего отклонения в отведении VI увеличено до 0,05 с
2. Отведения V5, V6 при гипертрофии левого желудочка обычно имеют вид:
 - а) qR
 - б) Rs
 - в) RS
 - г) qRs
3. В отведениях V5 и V6 при блокаде левой ножки пучка Гиса комплекс QRS имеет вид:
 - а) qR (R - без особенностей)
 - б) R (R - обычно с зазубриной, широкий)
 - в) R (R - высокий, узкий)
 - г) Rs (R - широкий, с закругленной вершиной, s - малый)
4. Интервал PQ при синдроме WPW:
 - а) укорочен до 0,08-0,11 сек
 - б) удлинен свыше 0,20 сек
 - в) не изменен
 - г) равен примерно 0,16-0,17 сек
5. Для предсердных экстрасистол характерно:
 - а) наличие зубца P, предшествующего комплексу QRS
 - б) изменение формы зубца P по сравнению с синусовым зубцом P
 - в) резкая деформация комплекса QRS
6. желудочковая пароксизмальная тахикардия характеризуется:
 - а) разобщением в работе предсердий и желудочков
 - б) учащением ритма, как правило, свыше 250 в мин
 - в) выраженной деформацией и уширением комплекса QRS
 - г) дискордантностью сегмента ST и зубца T по отношению к комплексу QRS
7. Неполная атриовентрикулярная блокада II степени II типа характеризуется:
 - а) постоянством интервала RR вне паузы
 - б) наличием пауз, равных примерно удвоенному интервалу RR
 - в) прогрессивным удлинением интервала PQ

- г) постоянством интервала PQ
8. При парасистолии:
- а) интервалы между парасистолами кратны частоте парасистолического водителя ритма
 - б) интервалы сцепления парасистол носят непостоянный характер
 - в) возможно появление атриовентрикулярной диссоциации
 - г) возможно появление сливных комплексов
9. При фибрилляции предсердий:
- а) отсутствует сокращение предсердий как единого целого
 - б) желудочки сокращаются от импульсов из предсердий
 - в) комплексы QRS уширены
 - г) сокращения желудочков происходят с выраженной аритмией
10. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерным является:
- а) двухфазная форма зубца Т
 - б) широкий зубец Т
 - в) высокий зубец Т
 - г) симметричный зубец Т
11. Степень аортальной регургитации, когда поток крови из аорты достигает уровня сосочковых мышц левого желудочка (определяемая методом импульсной Д-ЭхоКГ):
- а) I степень
 - б) II степень
 - в) III степень
 - г) IV степень
12. Абсолютный признак недостаточности трикуспидального клапана:
- а) дилатация правого желудочка
 - б) Д-ЭхоКГ: систолический поток в правом предсердии за створками ТК
 - в) слоистое "эхо" в систолу створок ТК в М-режиме
13. Функциональные пробы, позволяющие выявить латентную обструкцию при гипертрофической кардиомиопатии:
- а) проба с обзиданом
 - б) проба с физической нагрузкой
 - в) проба Вальсальва
 - г) проба с амилнитритом
14. Критерии в эхокардиографическом обследовании наличия ИБС:
- а) выявление нарушений локальной сократимости в покое
 - б) снижение параметров центральной гемодинамики
 - в) нарушение диастолической функции, выявленной по трансмитральному кровотоку
 - г) все вышеперечисленные признаки
15. Учитывая данные клиники, обнаруженные нарушения локальной сократимости ЛЖ могут служить проявлением:
- а) инфаркта миокарда указанной локализации
 - б) ишемии указанной локализации
 - в) преходящей ишемии миокарда указанной локализации
 - г) заболевания миокарда неишемического генеза
 - д) всех вышеперечисленных состояний
16. Функциональные нагрузки это:

- а) проба открыть-закрыть глаза; ритмическое световое раздражение; гипервентиляция (и др. воздействия, если это необходимо)
 - б) выполнение движений разных конечностей сидя или лежа
 - в) удержание равновесия в позе стоя с закрытыми глазами
17. Альфа активность это:
- а) колебания биопотенциалов с частотой 8-13 Гц
 - б) колебания биопотенциалов с частотой от 1 до 50 Гц
18. Реографию можно использовать:
- а) для изучения сосудов головы
 - б) для изучения сосудов конечностей
 - в) каких-либо других сосудов
19. Дикротический индекс отражает:
- а) тонус артерии
 - б) состояние периферического сосудистого сопротивления
 - в) венозный отток
20. Уплотнение вершины реограммы свидетельствует:
- а) об атеросклеротическом поражении сосудистой стенки
 - б) о затруднении венозного оттока
 - в) о гипотонии артериального русла
 - г) о наличии сосудистой дистонии
 - д) о гипертенусе венозного русла

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

К врачу обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 2

К врачу обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается

систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1)..

Задача 3

Больной В., 44 лет, обратился к врачу с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев..

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст.. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 4

Врача вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8⁰С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 5

Врач вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39⁰С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 6

К врачу обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 7

Врач вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 8

Жалобы: Пациент 20 лет предъявляет жалобы на одышку экспираторного характера и сухой кашель в утренние часы 1-2 раза в неделю.

Анамнез заболевания: Болен с раннего детства, когда отмечались приступы удушья, неоднократно проводилось стационарное лечение в областной детской клинической больнице. Наблюдался у детского аллерголога. Выявлена аллергия на домашнюю пыль, пыльцу растений. Постоянно базисную терапию не получает. Периодически пользуется ингаляциями флютиказона пропионата при обострении. Для купирования одышки использует сальбутамол. Направлен на обследование от РВК.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. В детстве были явления атопического дерматита. Страдает хроническим аллергическим ринитом.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Пониженного питания. Рост 182 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, при форсированном выдохе выслушиваются единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 99%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 9

Жалобы: Пациент 18 лет активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: Диагноз бронхиальной астмы поставлен в возрасте 9 лет. Обследовался у аллерголога, выявлялась сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, пищевым продуктам (цитрусовые). Обострения ежегодно, обычно связаны с вирусной инфекцией. Базисную терапию постоянно не получает. Пользуется сальбутамолом по потребности. Направлен на обследование от РВК.

Анамнез жизни: Курит 3 года по 10 сигарет в сутки.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Удовлетворительного питания. Рост 178 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 99%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 10

Жалобы: Пациент 38 лет предъявляет жалобы приступы удушья днем и в ночные часы ежедневно до 2-3 раз в сутки, хрипы в грудной клетке, сухой приступообразный кашель, одышку при подъеме на 3 этаж.

Анамнез заболевания: Приступы удушья впервые появились в возрасте 9 лет, пользовался сальбутамолом и инталом. Обострения чаще были весной. Последняя госпитализация была 18 лет назад для обследования от РВК. Состояние ухудшилось в течение последнего месяца: беспокоят частые приступы удушья, хрипы в грудной клетке особенно по ночам.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Правильного телосложения. Рост 183 см, вес 83 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание жесткое, над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 98%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

Задача 11

Жалобы: Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на одышку инспираторного характера, усиливающуюся при ходьбе по ровной поверхности и в положении лежа на левом боку, сухой кашель, преимущественно в утренние часы, снижение массы тела.

Анамнез заболевания: Одышка беспокоит в течение примерно 2 лет, постепенно нарастает.

Анамнез жизни: Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, 4 года назад перенесла инфаркт миокарда, с этого времени пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.

Данные физикального обследования пациента: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Рост 166 см, вес 56 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пальпируется надключичный лимфатический узел справа диаметром 2 см, плотный, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 21 в минуту. При минимальной физической активности пациентки дыхание становится стридорозным. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, единичные сухие свистящие хрипы. Пульс 76 удара в минуту, аритмичный. АД 180/100 мм рт.ст. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 76 в минуту, акцент 2 тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Сатурация O₂ 96%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Составьте план дополнительных методов исследования с обоснованием их необходимости (ПК-1.1).
3. Интерпретируйте полученные результаты (ПК-1.1).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

Кафедра терапии и эндокринологии

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины
«Фармакотерапия в клинике
внутренних болезней»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Фармакотерапия в клинике внутренних болезней»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.В.2

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикаторов компетенции	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ПК-1	ПК-1.2	<p>Знать основы немедикаментозной и медикаментозной терапии при заболеваниях внутренних органов</p> <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить объем и последовательность применения лечебных мероприятий; - обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий; - оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении; - оценить ход течения заболевания в динамике, эффективность и безопасность терапии и своевременно внести коррективы в лечение <p>Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях; - методами купирования болевого синдрома; - основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезней почек, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, гематологических заболеваний, заболеваний внутренних органов у лиц пожилого возраста в клинике внутренних 	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 2 год обучения

2. Оценочные средства

Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль сформированности компетенций **ПК-1** (ПК-1.2)

Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Примеры:

№1. Вопросы всасывания, распределения, биотрансформации и выведения лекарственных препаратов изучает

- 1) фармакодинамика
- 2) фармакокинетика
- 3) хронофармакология
- 4) фармакопея

№2. Биодоступность лекарственного препарата — это процентное содержание активного препарата в:

- 1) моче
- 2) желудочном соке
- 3) системном кровотоке
- 4) панкреатическом соке

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «выполнено» 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 30 вопросов. Продолжительность тестирования – 30 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 передать 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.

Используется для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию **ПК-1** (ПК-1.2)

Пример:

Больная П., 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сухой кашель, который беспокоит в течение недели. Из анамнеза известно, что у больной компенсированный сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия. Последние полгода получает эналаприл.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оцениваются отметками «выполнено» или «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ПК-1.2	<p>Умеет:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Не способен:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями терапевтического профиля</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями терапевтического профиля.</p>

	<p>Владеет: методами лечения пациентов с заболеваниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями терапевтического профиля</p>	
--	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

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

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: ПК.1 (ПК 1.2)

1. С целью контроля за безопасностью терапии В-адреноблокаторами необходимы все следующие мероприятия, кроме:

- а) контроль ЧСС;
- б) контроль интервала PQ на ЭКГ;
- в) контроль АД;
- г) контроль МНО.

2. Блокатор Са-каналов, урежающий пульс:

- а) нитрендипин;
- б) верапамил;
- в) нифедепин;
- г) амлодипин.

3. Для уменьшения головной боли, возможной при приеме нитроглицерина, рекомендуют прием:

- а) ингибиторов АПФ;
- б) препаратов, содержащих ментол;
- в) диуретиков;
- г) аспирина.

4. При сочетании верапамила и β-адреноблокатора можно наблюдать все нижеперечисленное, кроме:

- а) отрицательного хронотропного действия;
- б) отрицательного инотропного действия;
- в) отрицательного дромотропного действия;
- г) положительного инотропного действия.

5. При использовании кордарона возникают следующие побочные эффекты:

- а) интерстициальный пневмонит;
- б) фотодерматиты;
- в) нарушение функции щитовидной железы;
- г) все вышеперечисленные эффекты.

6. Перечислите β -адреноблокаторы, обладающие доказанной эффективностью в лечении пациентов с ХСН:

- а) атенолол;
- б) пропранолол;
- в) карведилол;
- г) соталол;
- д) все перечисленные препараты.

7. Осмотические диуретики не используются при:

- а) отеке мозга;
- б) внутричерепной гипертензии;
- в) лечение ХСН;
- г) эпилептическом статусе;
- д) остром приступе глаукомы.

8. Риск возникновения гипогликемии резко возрастает при одновременном назначении манинила и:

- а) нифедипина;
- б) верапамила;
- в) кордарона;
- г) анаприлина;
- д) преднизолона.

9. К нежелательным лекарственным реакциям антигистаминных препаратов I поколения относится все, кроме:

- а) седативный эффект;
- б) сухость слизистых оболочек;
- в) тахифилаксия;
- г) желудочковые аритмии.

10. К селективным β_2 -агонистам длительного действия относится:

- а) флутиказон;
- б) салметерол;
- в) сальбутамол;
- г) фенотерол;
- д) тербуталин.

ЗАДАЧИ

Задача 1

Больному, 77 лет, с эссенциальной артериальной гипертензией участковый терапевт выписан рецепт на пролонгированный препарат нифедипина. В аптеке больной обратился к провизору по поводу безопасности применения данного препарата, в связи с тем, что больной ранее принимал короткодействующий препарат нифедипина для купирования гипертонического криза и, со слов больного, через 20 мин после приема этого препарата у него развилась аллергия в виде покраснения лица, ощущения «прилива», сердцебиения, дрожи. Данные явления купировались самостоятельно.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 2

Больная, 58 лет, страдающая сахарным диабетом 2-го типа, по совету провизора применяла мазь, содержащую хлорамфеникол под торговым названием Левомиколь в связи с трофическими язвами голеней. Ранее у больной отмечалась крапивница при однократном приеме внутрь таблетированного препарата хлорамфеникола в связи с желудочно-кишечными расстройствами. Через 20 мин после нанесения мази на язвы голеней больная отметила покраснение кожи лица, появление отека шеи, лица, области глазниц, затрудненное дыхание. По этому поводу больная вызвала скорую медицинскую помощь, поставлен диагноз ангионевротического отека, начата интенсивная терапия (парентеральное введение глюкокортикостероидов, блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов, инфузионная терапия). Больная госпитализирована в реанимационное отделение в котором интенсивная терапия была продолжена. На 2-й день после поступления в стационар все выше описанные явления были купированы.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 3

Пациентке, 45 лет, принимающей пролонгированную лекарственную форму верапамила в дозе 240 мг в сутки по поводу артериальной гипертензии, в связи с невралгией тройничного нерва назначен карба-мазепин. Она обратилась в аптеку за приобретением препарата, и провизор отпустил ей данный препарат по рецепту врача. Через 3 дня, приема данной комбинации, у пациентки стали отмечаться частые эпизоды повышения АД.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 4

Пациент, 52 лет, с протезированным митральным клапаном принимает для профилактики тромбоэмболических осложнений варфарин в дозе 7,5 мг 1 раз в сутки под лабораторным контролем системы свертывания крови. Для приобретения варфарина больной регулярно обращается в аптеку. Больной принимает варфарин в течение 1 года и никогда не отмечал НЛР, включая кровотечения. Алкоголь употребляет крайне редко, «не крепкий» и в малых дозах (1 бутылка пива, 1 бокал вина и т.д.). Однако у больного был эпизод приема алкоголя в большой дозе (0,5 л водки), на следующий день после этого он отметил покраснение мочи, синячковую сыпь на теле. По лабораторным данным - резкое снижение свертывания крови.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 5

Пациент, 60 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии. На ЭКГ - постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут. Дополнительно для профилактики тромбоэмболических осложнений участковым терапевтом выписан рецепт на варфарин.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).

2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 6

Больная П., 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сухой кашель, который беспокоит в течение недели. Из анамнеза известно, что у больной компенсированный сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия. Последние полгода получает эналаприл.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 7

Больной И., 50 лет, жалуется на чувство сжатия за грудиной с одновременными неприятными ощущениями в левом плече при быстрой ходьбе, особенно в холодную погоду и после еды. Боль прекращается при остановке или замедлении темпа ходьбы. Болен в течение 3 лет. Судя по жалобам, заболевание за эти годы не прогрессирует. После обследования в поликлинике была диагностирована ИБС: стенокардия напряжения II-III функционального класса, атеросклеротический кардиосклероз.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 8

Пациентка, 51 года, с ИБС: постинфарктным кардиосклерозом принимает с целью коррекции липидного обмена (ХС = 10,2 ммоль/л) аторвастатин в дозе 80 мг/сут. Через месяц лечения пациентка посетила аптеку для приобретения препарата с целью продолжения курса лечения. В диалоге с провизором пациентка отметила появление миалгии, мышечной слабости.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 9

У пациента, перенесшего инфаркт миокарда, выявлены тяжелые желудочковые нарушения ритма. Назначен амиодарон, который привел к подавлению желудочковой аритмии. Через 1,5 года терапии у пациента появилась одышка, рентгенограмме выявлены изменения, характерные для интерстициального поражения легких.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 10

Больная А., 68 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, отеки ног, общую слабость. В анамнезе инфаркт миокарда 6 лет назад. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение месяца. К врачу не обращалась, не лечилась.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).

2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Задача 11

Пациента с тяжелой сердечной недостаточностью в течение длительного времени получал фуросемид. У него появилась выраженная слабость, участились желудочковые экстрасистолы, в крови выявлено снижение уровня калия и магния.

Задания:

1. Назовите рекомендации, которые необходимо дать больному (ПК-1.2).
2. Определите степень достоверности причинно-следственной связи между приемом препарата и развитием описанной реакции (ПК-1.2).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановский государственный медицинский университет»

Кафедра лучевой, функциональной и клинической лабораторной диагностики

**Приложение 1
к рабочей программе
дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника – врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: ФД.2

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">– основы анатомии и физиологии человека, возрастные особенности;– клиническое значение других методов исследования в диагностике заболеваний;– организацию ультразвуковой диагностики;– топографическую анатомию человека применительно к специфике проводимых ультразвуковых исследований;– физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука;– особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований;– современные методы ультразвуковой диагностики;– методы контроля качества ультразвуковых исследований;– признаки неизменной ультразвуковой картины органов желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства.– ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, селезенки, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства;– признаки неизменной эхографической картины органов малого таза; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">– анализировать клиничко-лабораторные данные в свете целесообразности проведения ультразвукового исследования;– оценить достаточность предварительной информации для принятия решений;– оценить состояние здоровья и поставить предварительный диагноз.– определить показания и целесообразность к проведению ультразвукового исследования;– выбрать адекватные методики ультразвукового исследования;– соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами;– выбрать необходимый режим и трансдьюсер для ультразвукового исследования;– получить и задокументировать диагностическую	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. тестовых заданий;2. ситуационных задач	<p>Зачет</p>

<p>информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить соответствующую подготовку больного к исследованию; – производить укладку больного; – на основании ультразвуковой семиотики выявить изменения в органах и системах; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – интерпретацией результатов основных ультразвуковых методик: двухмерным ультразвуковым сканированием в режиме реального времени (в режимах развертки В и М); режимами цветовой и спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; выполнением основных измерений в М-модальном и В-модальном режимах и режиме спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; 		
--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий.

2.1.1 Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине. Вариант тестовых заданий состоит из 10 вопросов.

Пример тестовых заданий:

01. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц

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 мочекислоного 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

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 мочекислового 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 поллой 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 трансстрикуспидального 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 мочевиной кислоты
 - Д. Можно только при наличии камней щавелевой кислоты
- 07.** Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:
- А. Ультразвукового исследования
 - Б. Компьютерной томографии
 - В. Допплерографии
 - Г. Внутривенной урографии
 - Д. Верно Б и Г
- 08.** Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании:
- А. В норме не визуализируется
 - Б. Эхографический признак аномалии развития матки
 - В. Эхографический признак аномалии развития яичников
 - Г. Может регистрироваться в перивульторную фазу менструального цикла
- 09.** Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Апикальная четырехкамерная позиция
 - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная двухкамерная позиция
- 10.** На участие 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.



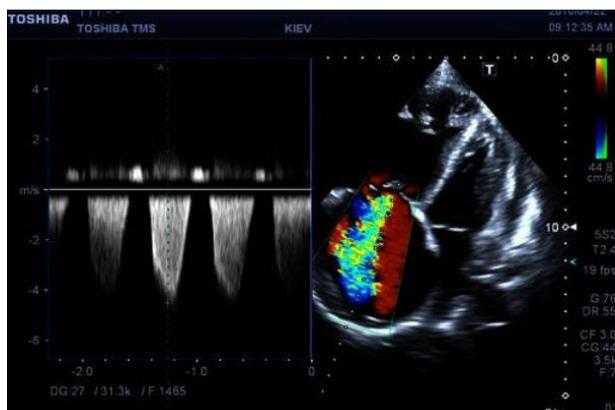
Вопросы:

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:

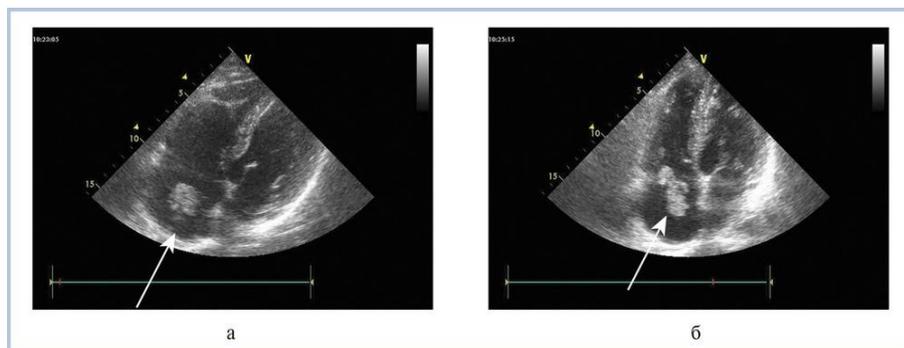
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

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:

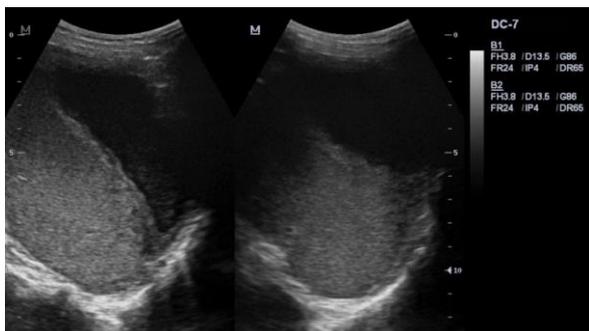


Вопросы:

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.

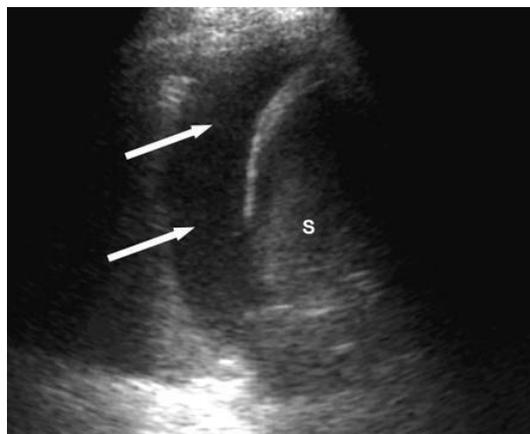


Вопросы:

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:

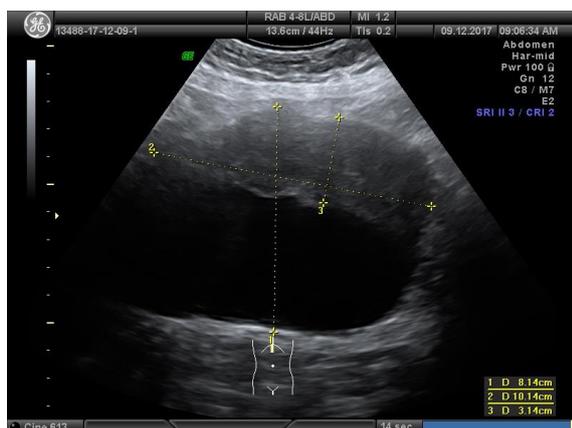
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 07.

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертонией, 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 сопровождалась 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.



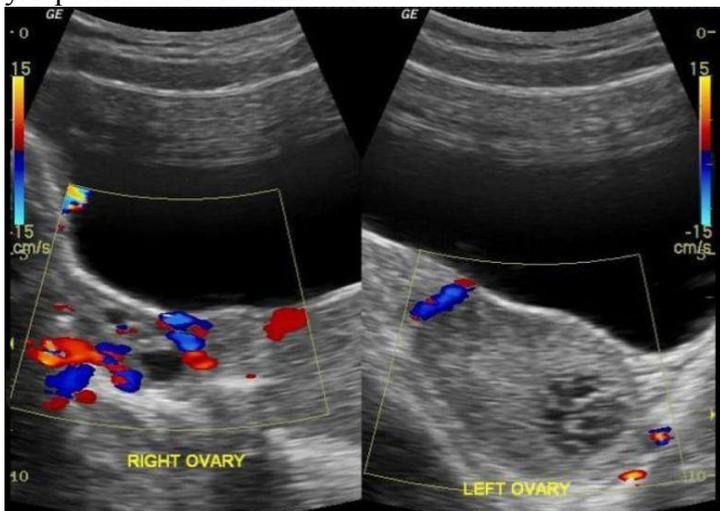
Вопросы:

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.

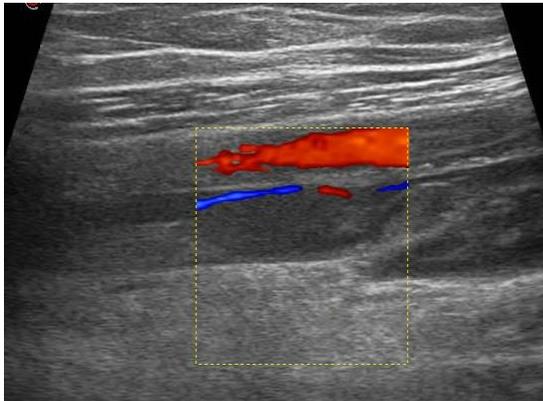


Вопросы:

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 $38,5^{\circ}\text{C}$. 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.



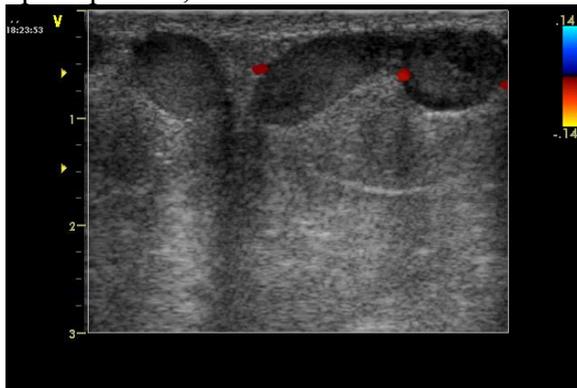
Вопросы:

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 $37,8^{\circ}\text{C}$. 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:

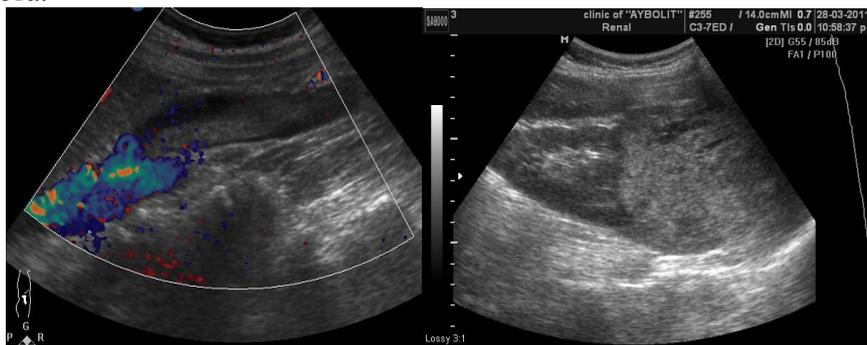
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

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 объемное образование. 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?

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»

Кафедра иностранных языков

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника – врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: ФД.1

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- лексический минимум в объеме 4000 учебных лексических единиц общего и терминологического характера;- основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на иностранном языке;- грамматические правила изучаемого языка;- приемы и основы перевода профессионально ориентированных текстов;- иностранный язык в объеме, необходимом для получения профессиональной информации из зарубежных источников и общения на профессиональном уровне. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- понимать устную и письменную речь, распознавать, правильно переводить и употреблять грамматические формы и конструкции, типичные для медицинской литературы, делового общения, а также бытовых и страноведческих тем;- отбирать и систематизировать полученную информацию на иностранном языке;- фиксировать необходимую информацию из прочитанного на иностранном языке в виде аннотаций;- логически верно аргументировать и ясно строить устную и письменную речь. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками работы со словарями, справочной литературой, печатными изданиями по профессионально ориентированной литературе;- грамматическими правилами и разговорными формулами иностранного языка;- приемами и основами перевода специальных текстов;- навыками аналитической переработки полученной информации.	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. грамматических заданий	<p>Зачет</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: грамматические задания

Английский язык

I. Раскройте скобки.

1. Health remains the supreme goal at all times. 2. Next year after he (to finish) internship he (to enter) a residency. 3. In Great Britain higher medical education is not free of charge. 4. The physician (not to write) out a prescription yesterday, he (to send) the patient for further analyses. 5. In Britain candidates enter medical schools generally at the age of 18. 6. Writing a thesis is required for practice. 7. If you like, I'll gladly show you through some of our clinics and departments. 8. Latin is taught in all Russian medical institutes. 9. Next year the curriculum (not to be) as difficult as it (to be) last year.

Эталон ответа:

1. Health **remains** the supreme goal at all times. 2. Next year after he **finishes** internship he **will enter** a residency. 3. In Great Britain, higher medical education **is not free of charge**. 4. The physician **didn't write** out a prescription yesterday, he **sent** 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 **won't be** as difficult as it was 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?

Эталон ответа:

1. What must the person do when he comes to the polyclinic? – **He must consult his doctor and explain properly his complaints.**
2. What can a young doctor obtain after residency? – **A young doctor can obtain a specialty.**
3. When was our academy founded? – **Our Academy was founded in 1930.**

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 подчёркнутому 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.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
Производственная клиническая практика
«Стационарная специализированная помощь»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
Производственная клиническая практика «Стационарная специализированная
помощь»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
стационарной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического обследования пациентов с терапевтической патологией	30
2.	Методика лабораторного обследования пациента с терапевтической патологией	30
3.	Определение функции и состояния сердечно-сосудистой системы	30
4.	Определение функции и состояния костно-мышечной системы	30
5.	Определение функции и состояния системы органов дыхания	30
6.	Определение функции и состояния системы органов пищеварения	30
7.	Определение функции и состояния мочевыделительной системы	30
8.	Определение функции и состояния органов кроветворения	30
9.	Определение функции и состояния эндокринной системы	30
10.	Фармакотерапия внутренних болезней	30
11.	Выбор тактики лечения.	30
12.	Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" Составление индивидуальных программ медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение.	20
13.	Назначение комплекса лечебно-профилактических мероприятий пациентам с различной эндокринной патологией	20
14.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	20
15.	Оформление медицинской документации	30

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
Производственная клиническая практика
«Стационарная специализированная помощь»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.1

1. Паспорт ОС по практике Производственная клиническая практика «Стационарная специализированная помощь»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара.	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность. ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, ПК-1.4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».	2 год обучения
ПК-2. Способен к организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1. Обеспечивает контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала. ПК-2.2. Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений, навыков	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способ его проведения
ПК-1	ПК-1.1	Знать: Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». Методы лабораторной и	1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Основные принципы построения клинического диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Уметь:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских</p>	
--	--	---	--

		<p>показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследования пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.2	<p>Знать:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и или состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики 	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p> <p>Уметь:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Направлять пациента при затруднении в</p>		
--	--	---	--	--

		<p>выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.</p> <p>Владеть: Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.3	<p>Знать: Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь: Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики 	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.</p> <p>Проведением мероприятий медицинской</p>		
--	--	---	--	--

		<p>реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>		
	ПК-1.4.	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности.</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде.</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь:</p> <p>Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой.</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ПК-2	ПК-2.1	<p>Знать: - должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Владеть: - навыком общения</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр
	ПК-2.2	<p>Знать: - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Владеть: - комплексом мероприятий обеспечения личной безопасности в</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

		профессиональной деятельности		
--	--	-------------------------------	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики.

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная ординатором:

Дневник производственной практики 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 практико-ориентированных заданий.

2.2.1. Содержание

Аттестация по практическим навыкам проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больная Ю., 53 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, сжимающие боли в сердце, возникающие и в покое и при физической нагрузке (ходьба на 200-300 м), проходящие после прекращения нагрузки, одышку при минимальной физической нагрузке, периодически подъемы температуры до субфебрильных значений. Отдаленный анамнез без особенностей, профессиональных вредностей не было. Данные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Климакс с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 37,2°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 20 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, край ровный, немного болезненный, плотной консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
 1. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

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 ординатором 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

№ 1

Больная Н., 60 лет, обратилась в приемный покой: ухудшение самочувствия второй день. Вчера вечером на работе внезапно почувствовала головокружение, слабость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Приняла корвалол, валидол, продолжала дежурить. Беспокоила одышка при физической нагрузке, сердцебиение.

Из анамнеза: около 10 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится, периодически при повышении АД принимает клофелин, цифр рабочего АД не знает. Около 2 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 84 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 120 в минуту, аритмичный, напряжен. АД-164/102 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 150 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 2

Больная З., 22 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: с детства часто болела ангинами, перенесла полиартрит. До 20-летнего возраста чувствовала себя удовлетворительно. В последующие годы отмечала одышку при физических нагрузках, сердцебиение. В последние 3-4 недели появились отеки, усилилась одышка, кашель. Обратилась к участковому терапевту, который направил ее в стационар.

Состояние тяжелое, сознание ясное, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы с желтушными, сухие. Набухание и пульсация шейных вен («положительный венный пульс»). Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечаются отеки нижних

конечностей до середины бедер.

ЧД - 26 в 1 мин. При перкуссии над легкими притупление в нижних отделах. Аускультативно: дыхание жесткое, в нижних отделах легких влажные мелкопузырчатые хрипы.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 110/74 мм рт.ст. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок в 5 межреберье, ограниченный. Над верхушкой определяется "кошачье мурлыканье". Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне II межреберья. На верхушке выслушивается хлопающий I тон, ритм "перепела", диастолический шум, у основания мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 115 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная с острым краем, пульсирует. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 3

Больной Л., 47 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, отеки голеней, общую слабость. В течение последних 8 лет злоупотребляет алкоголем (употребляет до 700 грамм водки 3-4 раза в неделю). Вышеописанные жалобы появились в течение последних двух недель. Обратился в поликлинику. На зарегистрированной ЭКГ выявлены изменения, в связи с чем был направлен на госпитализацию.

При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы влажные, цианоз носогубного треугольника, губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост - 184 см, вес - 67 кг. Отеков нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Левая граница относительной сердечной тупости определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Правая и верхняя границы - не изменены. Тоны сердца ослаблены, выслушивается патологический III тон, систолический шум на верхушке сердца. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧД - 22 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. В нижних отделах легких с обеих сторон дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край закруглен, плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 4

Больная Ю., 53 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, сжимающие боли в сердце, возникающие и в покое и при физической нагрузке (ходьба на 200-300 м), проходящие после прекращения нагрузки, одышку при минимальной физической нагрузке, периодически подъемы температуры до субфебрильных значений. Отдаленный анамнез без особенностей, профессиональных вредностей не было. Данные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Климакс с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 37,2°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 20 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, край ровный, немного болезненный, плотной консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 5

Больной Ф., 57 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на наличие давящих и сжимающих болей в области сердца и за грудиной, возникающих при ходьбе на расстояние 150 м, подъеме на 1 этаж, с иррадиацией в шею и нижнюю челюсть, самостоятельно проходящих в покое за 3-5 минут. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней, когда после переохлаждения стал нарастать кашель, особенно в ранние утренние часы, с трудноотходящей зеленоватой мокротой, отмечал подъем температуры до 38,2°C, появление одышки при незначительной физической нагрузке.

Туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болел. С 45 лет страдает стенокардией. В 52 года была выполнена операция аортокоронарного шунтирования в г. Москве, после которой в течение 3 лет ангинозные боли не беспокоили. В последние 2 года для профилактики приступов болей в сердце постоянно с положительным эффектом принимает нитропрепараты. Много курит. Ранее работал в цехе с повышенным содержанием асбестовой пыли. Страдает хроническим бронхитом.

Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые – гиперемированы, чистые, умеренной влажности, горячие. Температура 37,6 С. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 180 см. Вес 65 кг. Отеки голеней.

ЧД 26 в мин. Перкуторный звук над легкими – коробочный. Дыхание ослабленное, единичные сухие свистящие рассеянные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 152/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая - на 1.5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, систолический шум над мечевидным отростком грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева от грудины. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 6

Больная П., 60 лет госпитализирована в стационар с жалобами на приступы сердцебиений, преимущественно в ночные часы; подъемы АД до 210/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью и рвотой; боли в эпигастрии натошак.

Неоднократно вызывала скорую помощь на дом, на ЭКГ были зафиксированы эпизоды неправильного ритма с высокой частотой желудочковых сокращений, с отсутствием зубца Р, неизменными желудочковыми комплексами, наличием мелких волн. При осмотрах регистрировались высокие цифры АД, от госпитализации ранее отказывалась.

Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Имеет распространенный остеохондроз,

по поводу которого в течение последнего месяца принимала ежедневно перорально индометацин. 5 лет назад перенесла ишемический инсульт, движения в конечностях восстановились полностью. Ухудшение самочувствия на протяжении 2 недель, когда участились приступы сердцебиений, часто стал беспокоить дискомфорт в области эпигастрия. Обратилась в поликлинику, для обследования была направлена в стационар.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 72 уд. в минуту, ритмичный, напряжен, наполнен. АД 185/110 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний края 3 ребра. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Язык влажный, обложен беловатым налетом у корня. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, резко болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 7

Больная Т., 40 лет, госпитализирована с жалобами на отечность лица, покраснение кожи, чувство жжения в различных участках тела, головокружение, общую слабость, одышку. Ухудшение возникло остро около 3 часов назад после приема таблетки кордафлекса. Пациентка, измеряя артериальное давление, выявила его повышение до 150/90 мм рт.ст. и решила принять кордафлекс. Через некоторое время появился кожный зуд, головокружение, стал развиваться отек лица. Вызвала бригаду СМП.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. В течение 6 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу чего принимает берлиприл. Около года назад была выявлена гипергликемия, в связи с чем больная соблюдает диету. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В детстве отмечалась аллергия на цитрусовые, шоколад. На медикаменты аллергических реакций не отмечала. Материально-бытовые условия хорошие. Гинекологически здорова.

При осмотре выявляется гиперемия кожных покровов, отечность лица, слизистой губ. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 56 кг. Отеков нижних конечностей нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка нормостеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте

дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. При перкуссии справа и слева звук ясный легочный. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 104/72 мм рт. ст. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 8

Больную Г., 43 лет, около 2 недель беспокоят периодические боли в голеностопных суставах, не связанные с физической нагрузкой, не уменьшающиеся на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов. В период болей суставы бывают умеренно отечны, движения в них ограничиваются из-за болей. Суставной синдром сопровождается субфебрилитетом и появлением на коже сыпи, симметрично на правой и левой голени. Сыпь за время своего существования изменяется: в начале появляются элементы розового цвета и диаметром 1-2 см, через несколько часов они становятся багрово-синюшными и имеют склонность к слиянию, через несколько суток - темно-коричневыми, потом - бесследно исчезают. Высыпания болезненные, возвышаются над поверхностью кожи. За 2 недели до появления артралгии и высыпаний больная пересла ангину. Пациентка самостоятельно принимала димедрол, тавегил для лечения сыпи, но эффекта не было. Отмечался субфебрилитет. Обратилась к участковому терапевту, который направил больную в терапевтическое отделение.

При осмотре: общее состояние ближе к средней тяжести. Сознание ясное. На коже ног в области голеней - сыпь, с элементами розового, багрового и темно-коричневого цвета, имеющими склонность к слиянию, возвышающимися над поверхностью кожи, не бледнеющими при надавливании, болезненная при пальпации. На остальных участках кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Левая голень отечная, по окружности превышает правую на 4 см. Суставы внешне не изменены. Движения в них совершаются в полном объеме. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. ЧД 16 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 122/84 мм рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Живот при пальпации безболезненный, мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 9

Больной Х., 24 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Больным себя считает около месяца. Накануне заболевания была проведена экстракция зуба.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 10-15 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю, не более 100-150 мл сухого вина.

При осмотре состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, единичные петехиальные высыпания на ногах. «Пляска каротид». Пальпируемые лимфоузлы не увеличены. Незначительные отеки голеней.

ЧД – 24 в 1 мин. Над всей поверхностью легких перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 108 ударов в 1 минуту, ритмичный, по свойствам *celer et altus*. АД - 142/40 мм рт.ст. Верхушечный толчок смещен вниз и влево, разлитой, высокий, «куполообразный». Тоны сердца приглушены, диастолический шум в точке Боткина. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, умеренно болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 10

Больной Н., 29 лет поступил в стационар с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, головные боли.

Считает себя больным около 5 лет, когда после впервые отметил появление болей в поясничном отделе позвоночника. Боль локализуется в глубоких ягодичных мышцах, возникает периодически, распространяясь на верхние отделы бедер. Боль наиболее интенсивна в периоды двигательной активности и реже отмечается в первую половину дня и после длительного отдыха. У родственников подобных жалоб и воспалительных заболеваний суставов не было. Больной чувствует себя лучше после терапии нестероидными противовоспалительными средствами и отдыха на твердой постели без подушки.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Гормонами не лечился. Переливаний крови не было. Операций не было. Лекарственной аллергии не выявлено.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное. Несколько пониженного питания. Уменьшен физиологический лордоз позвоночника в поясничном отделе, увеличен тонус паравerteбральных мышц. При наклоне вперед расстояние пальцы-пол равно 12 см. Внешних признаков поражения суставов конечностей, кожи, глаз и мочеполовой системы не выявлено. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца звучные. АД 130/80 мм. рт. ст. ЧД 16 в 1 минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, над всеми легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 11

Больная Д., 50 лет госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на боли при ходьбе и ограничение движений в коленных суставах.

Больна около года. К врачам не обращалась. Эпизодически по совету знакомых принимала парацетамол с кратковременным эффектом. Ухудшение самочувствия в течение 2 недель на фоне физических нагрузок (работа на огороде).

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, роды – 1. Менопауза.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 158 см, вес 80 кг. Температура тела 36,7о С. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается небольшой периартикулярный отек в области коленных, суставов. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены из-за болезненности. Пальпаторно определяется симптом крепитации преимущественно в правом коленном суставе. Мышечной атрофии нет.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 12

Больная С., 50 лет, госпитализирована по неотложной помощи с жалобами на появление отеков на лице, боли в мышцах, поперхивание при глотании, срыгивание пищи, сухость во рту, ощущение песка в глазах, запоры, зябкость и онемение рук, боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку в покое. Заболевание началось 10 лет назад с онемения и побледнения пальцев рук ("мертвый палец"), особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах, и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 дня стали нарастать одышка, боли в сердце, отеки на ногах.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менопауза с 43 лет.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание ясное. Положение ортопноэ. Лицо амимично. Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отек нижних конечностей и поясничной области.

Отмечается выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть трудно сжать в кулак, ногти утолщены, с поперечной исчерченностью. Мышцы атрофичны и плотны.

ЧД - 36 в 1 минуту. Над легкими коробочный звук, справа ниже IV ребра определяется притупление, ослабленное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 89-92 в 1 минуту, аритмичный. АД 132/86 мм рт. ст. Левая граница сердца относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье; правая - на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - III ребро. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень плотная, болезненная, выступает на 4 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову 13-10-9 см. Олигурия. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не

пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 13

Больной Р., 32 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 38,5°C, кашель с мокротой. Заболел четыре дня назад на фоне переохлаждения и физического перенапряжения. Принимал жаропонижающие средства, аскорбиновую кислоту, с незначительным эффектом. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость. Вызвал участкового врача, дано направление на госпитализацию.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. В возрасте 12 лет перенес острый аппендицит, осложненный перитонитом. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет. Пять лет назад около полугода имел контакт с туберкулезным больным, (проживал в коммунальной квартире).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены. Рост 168 см, вес 65 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. ЧД 22 в минуту, одышка смешанного характера. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже середины лопаток и по боковой поверхности справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня III ребра, слева – звук ясный легочный. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность

назначенного лечения (ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).

7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).

8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 14

Больной О., 65 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, кашель с мокротой (при надсадном кашле - с прожилками крови), общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,8° С.

Около десяти лет назад обращался к врачу по поводу одышки и кашля с отделением мокроты (чаще слизистой, иногда – гнойной), обследовался, был назначен беродуал и теофедрин. С тех пор периодически использовал эти препараты при ухудшении самочувствия. В последние два года (после выхода на пенсию) стал чувствовать себя хуже: перестал справляться с привычными нагрузками, усилились одышка и кашель. За это время без соблюдения диеты похудел примерно на 5 килограммов. Настоящее ухудшение в состоянии связывает с перенесенной около двух недель назад ОРВИ.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет до 20 сигарет с фильтром в сутки. До момента выхода на пенсию 20 лет работал прорабом на строительных объектах. Материально-бытовые условия хорошие. Наследственность отягощена по линии отца (страдал хроническим бронхитом).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 55 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, частота дыхания 22 в минуту, одышка смешанного характера. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже лопатки справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня IV ребра, слева – звук ясный легочный. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).

2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).

4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).

5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).

7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации

больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).

8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 15

Больной Ж., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья, небольшой сухой кашель.

Впервые затруднение дыхания ощутил около года назад. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал эуфиллин, затем – сальбутамол, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли; однажды приступ нехватки воздуха внезапно возник ночью, состояние облегчилось сальбутамолом.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергия на клубнику. В детстве часто болел простудными заболеваниями, неоднократно в дошкольном и школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет по 10 сигарет с фильтром в день. В возрасте 25 лет обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было около года назад, лечился антибиотиками (ампициллином и метронидазолом 14 дней), принимает омепразол по 1 капсуле два раза в день до настоящего времени. Наследственность неотягощена.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, определяется небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 126/86 мм рт ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 16

Больной Н., 42 лет, поступил по скорой помощи с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель, субфебрилитет. Заболел три дня назад, после значительной физической нагрузки и переохлаждения почувствовал недомогание, принимал анальгин, аспирин с неполным эффектом. В последующие дни чувствовал себя плохо, но за медицинской помощью не обращался. Когда появились боли в левой половине груди и сильный кашель, родственники, обеспокоенные состоянием мужчины, вызвали «скорую помощь».

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болел. Кровь не переливали, травм не было. Два года назад перенес острый не Q - инфаркт миокарда, постоянно принимает тромбо-АСС, перед значительной физической нагрузкой – нитропрепараты. При обычных каждодневных нагрузках нитропрепаратами не пользуется. Живет на 3 этаже пятиэтажного дома, поднимается в лестницу без остановок в среднем темпе. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций нет. Производственных вредностей нет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 170 см, вес 92 кг. Пастозность тыльной стороны стоп. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах - единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 130/80 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 17

Больная Г., 22 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, кашель, боли в межлопаточной области. Заболела накануне днем, возникла слабость, плохое самочувствие, почувствовала озноб, выявлен подъем температуры тела до 38° С. Сегодня утром вызвала врача на дом, была госпитализирована.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не

переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия в виде крапивницы на витамины группы В. Производственных вредностей нет. Четыре дня назад перенесла операцию по прерыванию беременности.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 174 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка астеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа 5 см, слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 104/72 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№18

Больной В., 40 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу, особенно после употребления острых блюд, тошноту, однократную рвоту “кофейной гущей”, неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание.

Болен в течение 2-х месяцев, самостоятельно принимал но-шпу, папаверин, анальгин, баралгин, продолжал работать, однако улучшения не было. Когда появился черный стул и рвота, больной обратился за медицинской помощью в поликлинику и был экстренно госпитализирован. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3 - 4 раза в неделю, умеренно.

Объективно состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены,

безболезненные. Рост 176 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в мин. Грудная клетка с увеличением передне-заднего размера, перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, в нижне-боковых отделах ослабленное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык умеренно влажный, обложен беловатым налетом. Слизистая ротоглотки бледная, чистая. Миндалины не увеличены, Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная мышечная защита и значительная болезненность в пилорoduodenальной области, где определяется положительный симптом Менделя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 6 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Нервная система: патологических рефлексов нет. Сон нарушен из-за болей. Больной раздражителен, тревожен.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 19

Больная А., 49 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Болеет на протяжении нескольких месяцев, стала быстро уставать, снизился аппетит, стали беспокоить поносы; за последние полгода похудела на 8 кг. Несколько дней назад стала замечать зуд кожных покровов и их желтушность, в связи с чем обратилась к врачу.

Пять лет тому назад перенесла инфекционный гепатит. Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 2. Менструальный цикл не нарушен. Курит 3 – 5 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. Следы расчесов на коже туловища. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см, вес 64 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 22 в 1 мин. Перкуторный звук над легкими легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный, слизистая мягкого неба и уздечки языка с желтушным оттенком. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот увеличен в размерах, отмечается симметричное выбухание во фланках («распластанный живот»), окружность его на уровне пупка 140 см. На передней брюшной стенке выражены венозные коллатерали. При поверхностной

пальпации живот мягкий, безболезненный, определяется уплотнение в правом подреберье. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны. Печень выступает на 6 см из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотная, болезненная, край ее неровный. Размеры печени по Курлову 14-12-10 см. Перкуторно отмечается увеличение селезенки. Выявляются признаки асцита. Голени пастозны. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 20

Больной П., 53 лет, вызвал бригаду СМП в связи с приступом болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократной рвотой, расстройством стула (стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и каплями жира). Больной отмечает жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды. По «неотложной помощи» госпитализирован в стационар.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит по 15 – 20 сигарет в сутки. Периодически злоупотребляет алкоголем. Состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор кожи снижен. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 182 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, частота 80 уд./мин, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ослаблены. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, миндалины не увеличены. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области, зоне Шоффара и, особенно, в левом подреберье. Также отмечается значительная болезненность при проникающей пальпации в точке Дежердена. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 21

Больная П., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на изжогу, чувство кома за грудиной, боль в нижней части грудины. Отмечает иррадиацию болей в спину, левое плечо, в левую руку. Из анамнеза болезни известно, что в течение 2-х лет больная обращалась в поликлинику по поводу вышеуказанных жалоб. Был поставлен диагноз стенокардии и больной рекомендовали принимать нитросорбид. Улучшения от назначенного лечения не было. В последнее время боли стали длительными, усиливаются в горизонтальном положении.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 3, родов 3. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 82 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 18 в мин. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 78 в мин., одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 146/90 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, обложен серым налетом, слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот грушевидной формы, увеличен в размерах за счет ожирения, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка 132 см. При поверхностной пальпации живот мягкий, при глубокой пальпации в подложечной области выявляется интенсивная боль. Пальпация сопровождается появлением отрыжки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 22

Больная М., 46 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на постоянную изжогу, усиливающуюся после приема пищи, при наклоне туловища, боли в эпигастрии, жжение за грудиной, под мечевидным отростком, изредка бывают затруднения прохождения пищи, рвота.

В течение многих лет страдает хроническим гастритом. Обострения 1-2 раза в год. Лечится обычно амбулаторно, с хорошим эффектом. В течение последних 2-х недель на фоне постоянной изжоги появились боли в эпигастрии, затруднения при глотании, однократная рвота.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 171 см, вес 68 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 15 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 65 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны, при пальпации большой кривизны и эпигастриальной области отмечается болезненность. Большая кривизна желудка пальпируется на 3 см выше пупка. Мышечного дефанса, симптомов раздражения брюшины нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 23

Больная И., 47 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией за грудину, усиливающиеся после приема пищи в виде приступов, отрыжку воздухом, тошноту, сухость во рту.

Боли в правом подреберье впервые появились 4 года назад. По этому поводу лечилась в стационаре. В последующем при появлении болей за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно но-шпой, аллохолом. Последнее ухудшение около недели.

Желтуху, малярию, тифы отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы

(подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см, вес 66 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД – 18 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 78 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен серо-белым налетом с коричневатым оттенком в области спинки, суховат. Слизистая ротоглотки бледно-розового цвета, чистая, миндалины не увеличены, зубы санированы. Живот обычных размеров, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в правом подреберье, положительны симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Также выявляется положительный симптом Георгиевского – Мюсси. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 24

Больной С., 43 лет, предъявляет жалобы на снижение тембра голоса, невнятную речь, ощущение, что «язык не помещается в ротовой полости», снижение слуха, прибавку веса, запоры, сонливость. Из анамнеза: заболел после травмы шеи во время автокатастрофы. Симптомы появлялись постепенно: потерял интерес к жизни, прекратил заниматься делами фирмы, владельцем которой он является, перестал общаться с родственниками и друзьями, постоянно зябнет. Отмечает повышенную сонливость в течение всего дня.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Мать страдает ожирением III ст.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Лицо «одутловатое», амимичное, кожа желтовато-бледная, холодная, сухая. Волосы тусклые, редкие. Язык увеличен в размерах, бледный, по краям - отпечатки зубов. На вопросы отвечает невнятно. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 105 кг. Отеков нет. ЧД 12 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 54 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 90/65 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).

4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 25

Больная Н., 52 лет жалуется на слабость, жажду, вагинальный зуд, учащенное мочеиспускание, плохое заживление ран и царапин, парестезии кожи стоп и голеней, снижение массы тела на 8 кг. Ухудшение состояния в течение трех последних лет. Из анамнеза известно, что 18 лет назад родила ребенка весом 5,2 кг. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менопауза с 43 лет. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать и сестра страдают артериальной гипертонией и сахарным диабетом.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие, ксантома; на коже под молочными железами участки опрелости. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 156 см, вес 94 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 170/95 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 26

Больной У., 62 лет поступил в стационар с жалобами на жажду, полиурию, сонливость, судороги, слабость в конечностях. В приемном отделении больной потерял сознание.

Со слов жены, состояние пациента ухудшалось в течение последних 5-6 дней, когда с целью

снижения АД и периферических отеков самостоятельно начал принимать фуросемид по 1-2 таблетки в день. Болен сахарным диабетом 7 лет, для нормализации гликемии принимает манинил по 5 мг 2 раза в день, не регулярно, периодически нарушает предписанную врачом диету, контролирует гликемию 1 раз в 2-3 месяца. Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты. Травм, операций не было. Мать страдает ишемической болезнью сердца.

При осмотре общее состояние тяжелое. Больной не открывает глаза, не отвечает на звуковые и болевые раздражители. Отмечается выраженная сухость кожи и слизистых, тонус глазных яблок снижен, зрачки сужены, слабо реагируют на свет, двусторонний спонтанный нистагм, выявляются симптомы Бабинского и Россолимо. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены. Рост 178 см, вес 99 кг. Пастозность голеней. ЧД 21 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 110 в 1 мин., экстрасистолия. АД 90/70 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, олигоурия. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 27

Больной Е., 29 лет, обнаружен без сознания в 9 ч 30 мин, была вызвана «Скорая помощь». Жена сообщила, что он в течение 14 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа, курит. Осуществляет плановую инсулинотерапию с помощью шприцов - ручек: 8 ЕД новорапида и 10 ЕД протафана в 8 часов утром, 6 ед новорапида в обед, 4 ЕД новорапида и 8 ЕД протафана в 18 часов вечером. Утром за завтраком больной съел яйцо, выпил 1 стакан кефира и вместе с семьей поехал на дачный участок, где занимался посадкой деревьев. Из анамнеза - около 2-х лет назад лечился в инфекционном отделении по поводу острого вирусного гепатита. Наблюдался диспансерно. Через год диагностировано выздоровление. Ухудшение в состоянии в течение месяца после ОРВИ, перенесенной на ногах.

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажная, мышечный тонус повышен, судорожные подергивания мышц, зрачки узкие, на свет реагируют. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 63 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются немногочисленные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 105 в 1 мин., ритмичный, пониженного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги, при

пальпации поверхность гладкая, плотноватая. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 28

Больная О., 32 лет, жалуется на резкий подъем артериального давления после занятий в спортивном клубе, сопровождающийся психоэмоциональным возбуждением, болями в животе, «ознобом», потливостью, сердцебиением.

Из анамнеза: подобные приступы возникали 3 раза за последние полгода, продолжались 20-30 минут, проходили самостоятельно.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Курит с 20 лет. Мать и сестра страдают артериальной гипертонией и сахарным диабетом. Отец умер от инфаркта миокарда в 45 лет.

При осмотре врачом «Скорой помощи» состояние средней тяжести, больная возбуждена, отмечает чувство страха, зрачки расширены. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, горячие, выраженные потливость и тремор. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 169см. Вес 57кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД=20 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 140 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 190/100 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 0,5 см в V межреберье. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, определяется усиленная перистальтика, болезненный без четкой локализации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется. Попытки снизить артериальное давление с помощью инъекций антагонистов кальция и бета-блокаторов оказались безрезультатными. Больная доставлена в терапевтическое отделение. Через 1,5 часа приступ закончился самостоятельно обильным мочеиспусканием.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 29

Больной Л., 38 лет, предъявляет жалобы на снижение зрения, головные боли, повышенную потливость, жажду, полиурию, выделения из увеличенных молочных желез, увеличение размера обуви на 3 размера, одышку при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза: заболел постепенно, в течение 3 лет нарастают жажда, полиурия, головная боль, отделяется молозиво из молочных желез, увеличивается масса тела. Окружающие отмечают значительное изменение его внешнего облика, включая огрубение черт лица. Мать страдает сахарным диабетом.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре больной выглядит старше своего возраста. Обращают на себя внимание крупные черты лица, диастемы между зубами, широкие кисти рук. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, утолщены, повышенной жирности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 186см, вес 99кг. Молочные железы визуально увеличены, при пальпации уплотнений не выявлено, отделяется молозиво. Отеков нет. ЧД 19 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 180/110 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 3 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, эластичная, безболезненная.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 30

Больная Ж., 43 лет, предъявляет жалобы на повышение артериального давления, прибавку массы тела на 23 кг за 2 года, постоянные головные боли и боли в костях, нарушения менструального

цикла, полосы растяжения на коже бедер, ягодиц, молочных желез, избыточный рост волос на лице, предплечьях и голенях, жажду, полиурию.

Из анамнеза: заболела после родов, признаки заболевания нарастали постепенно в течение 3–х лет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл 40-46 дней. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Обращает на себя внимание «лунообразное» лицо, избыточное отложение жира по «верхнему» типу при относительно тонких конечностях; на животе и бедрах – широкие, атрофичные багровые полосы растяжения, рост волос на лице (усы, борода), по средней линии живота, на внутренней стороне бедер, вокруг ареол сосков. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см., вес – 105 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 175/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 31

Больной Ц., 22 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, потливость, головокружения, боли ноющего характера в верхней части живота, тошноту после еды, кровоточивость десен и образование “синяков” на голенях.

Указанные жалобы появились около двух недель назад, постепенно нарастали, по поводу чего пациент обратился в поликлинику к участковому терапевту. При анализе крови, сделанном в поликлинике, была выявлена анемия и лейкопения. В течение последнего полугодия отмечает частые простудные заболевания. Накануне госпитализации у больного был обморок. Боли в животе беспокоят около полугодя, чаще возникающие натощак или при длительных промежутках между приемами пищи.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечал. Не курит, алкоголь не употребляет. Наследственность не отягощена. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура – 37,2С.

Кожные покровы бледные, на коже ног определяются многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Десны кровоточат. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Рост – 170 см, вес – 67 кг. Отеков нет. ЧД – 24 в минуту, одышка смешанного характера. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 96 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 80/60 мм рт.ст. Слизистые полости рта бледные, язык обложен бело-серым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно безболезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к жидкому. Мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 32

Больной В., 19 лет, госпитализирован с жалобами на головные боли, жжение лица, носовые кровотечения, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость, слабость в нижних конечностях, чувство жжения в руках, одновременно с онемением, болью и судорогами в мышцах ног. В течение последних 5 лет предъявлял жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. За медицинской помощью не обращался. Отрицает курение, употребление алкоголя, хронические заболевания. Около 3-х месяцев стал отмечать повышение АД, появились носовые кровотечения, онемение, слабость в нижних конечностях, судороги при физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Отмечается хорошее развитие мышц плечевого пояса и относительно слабое развитие мышц нижних конечностей. На поверхности грудной клетки, на стенках живота видна пульсация артерий. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Акроцианоз отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно. Частота дыхательных движений 19 в минуту. При сравнительной перкуссии - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: Пульс асимметричен, на правой лучевой артерии более полного наполнения, напряженный. На нижних конечностях пульсация ослаблена. ЧСС 88 уд/мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках аускультации с эпицентром во II межреберье слева у края грудины, проводится на заднюю поверхность грудной клетки в межлопаточное пространство. Акцент II тона над аортой. АД 180/80 мм рт. ст. на обеих руках, а на нижних конечностях - 130/80 мм рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеки голеней.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 33

Больная И., 42 лет, жалуется на нарастающую общую слабость, шаткую походку, жжение в языке, кончиках пальце рук и ног, снижение аппетита, болезненность в поясничной области. Ухудшение в состоянии отмечает в течение 1 месяца. С вышеперечисленными жалобами обратилась к участковому терапевту, где при обследовании в общем анализе крови были выявлены изменения, по поводу чего была госпитализирована на обследование и лечение.

В анамнезе – хронический гастрит, хронический пиелонефрит. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, бледные с желтушным оттенком. Иктеричность склер. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост – 165 см, вес – 54 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки нижних конечностей до средней трети голеней (к вечеру нарастают). ЧД 14 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный с частотой 96 уд./мин, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца: I тон на верхушке ослаблен, во всех точках аускультации сердца выслушивается мягкий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Размеры печени по Курлову 10-9-7 см. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 3,0 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Моча и кал ярко окрашены. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения

трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 34

Больная У., 50 лет, в течение 2-х недель отмечает нарастающую общую слабость, повышение Т до 38-39°С, боли в костях, появление синяков на коже, отсутствие аппетита, похудание, изжогу. До этого лечилась амбулаторно по поводу ангины. Была выписана к труду, проработала в течение недели и обратилась вновь к участковому терапевту с данными жалобами, по поводу чего и была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангинами. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Т - 39° С. Кожные покровы и слизистые бледные, с множественными геморрагическими элементами разного диаметра от 3 до 15 мм. Пальпируются шейные лимфатические узлы в диаметре до 1,5 см, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Подкожно-жировая клетчатка развита не достаточно. Рост – 165 см, вес – 50 кг. Отеков нет. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 20 в минуту. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень не пальпируется. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край безболезненный, плотноватой консистенции. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 35

Больная Н., 37 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, плохой аппетит, желание есть мел, ломкость ногтей, периодически отмечает боли в эпигастриальной области, изжогу, тошноту, сердцебиение и одышку при умеренных физических нагрузках. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Хронические заболевания отрицает. Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1,

медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Слизистые бледно-розовые, чистые. В углах рта определяются заеды. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 52 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/60 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, определяется систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

№ 36

Больной Ф., 42 лет, предъявляет жалобами на выраженную слабость, утомляемость, потливость. Отмечает увеличение размеров шеи в течение последнего месяца. Беспокоит также кашель с отделением мокроты, усиливающийся в утренние часы, периодические подъемы АД до 140-160/80-90 мм рт.ст., головные боли.

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость отмечает около 4-5 месяцев, кашель беспокоит последние 2 года, в последнее время усилился с отделением мокроты в большем количестве. Часто бывают ОРВИ, herpes nasalis/labialis. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю по 100-150 мл водки. Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируются передние и задние шейные лимфатические узлы диаметром 2,5 – 3,0 см, подмышечные диаметром до 3,5 - 4,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Рост – 178 см, вес – 76 кг. Отеков нет. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. При аускультации дыхание с жестким оттенком, выслушиваются с двух сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца звучные. АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 6,0 см, край ровный, безболезненный, эластичной консистенции. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного с эндокринным заболеванием (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Рабочая программа практики
Производственная клиническая практика «Специализированная помощь
в условиях дневного стационара»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.2

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) с учетом обобщения отечественного и зарубежного опыта, консультаций с работодателями и реализуется в образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия.

1. Цель практики

Целью практики Производственная клиническая практика «Специализированная помощь в условиях дневного стационара» является закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, формирование профессиональных компетенций для подготовки к самостоятельной деятельности по выбранной специальности и приобретение опыта в решении профессиональных задач.

Задачи практики Производственная клиническая практика «Амбулаторная специализированная помощь»:

- формирование у ординатора готовности к решению медицинских задач профессиональной деятельности в сфере заболеваний терапевтического профиля.

2. Вид, форма, способы и основные базы проведения практики

Вид – производственная клиническая.

Форма проведения – непрерывно.

Способ проведения – стационарная или выездная.

Основная база проведения – ОБУЗ «Городская клиническая больница №4».

3. Место практики в структуре образовательной программы

Клиническая практика относится к Части, формируемой участниками образовательных отношений, Блока 2 Практика программы ординатуры, установленной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Клиническая практика базируется на знаниях, приобретенных при изучении части, формируемой участниками образовательных отношений, Блока 1 Дисциплины (модули), программы ординатуры, а также на навыках и умениях, полученных при освоении обучающего симуляционного курса.

4. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Прохождение практики направлено на формирование и закрепление у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь взрослому населению по профилю «терапия»

ПК-2. Способен к организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

4.1. Паспорт компетенций, формируемых в процессе освоения рабочей программы дисциплины

Индекс компетенции	Индекс и содержание индикаторов достижения компетенции
ПК-1	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».
	ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность
	ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
	ПК-1.4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».
ПК-2	ПК-2.1. Обеспечивает контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.
	ПК-2.2. Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

4.2. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенный с формируемыми компетенциями и индикаторами компетенций

В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:

Код компетенции	Индекс индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений, навыков
ПК-1	ПК-1.1	<p>Знать: Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p>

		<p>Основные принципы построения клинического диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Уметь:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследования пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p>
--	--	---

	<p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>
ПК-1.2	<p>Знать:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p> <p>Уметь:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания</p>

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>
ПК-1.3	<p>Знать:</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь:</p> <p>Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p>

	<p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.</p> <p>Проведением мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>
ПК-1.4.	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности.</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде.</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь:</p> <p>Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой.</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p>

		<p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>
ПК-2	ПК-2.1	<p>Знать: - должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Владеть: - навыком общения</p>
	ПК-2.2	<p>Знать: - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Владеть: - комплексом мероприятий обеспечения личной безопасности в профессиональной деятельности</p>

Перечень специальных практических навыков амбулаторной специализированной помощи

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического исследования терапевтических больных	30
2.	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	30
3.	Фармакотерапия внутренних болезней	30
4.	Выбор тактики лечения.	30
5.	Диагностика и оказание экстренной помощи при ургентных состояниях	5
6.	Определение профиля стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнений и преобладания синдрома на момент госпитализации; определение показаний к срочной или плановой госпитализации	5
7.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной	20

	утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	
8.	Организация оценки качества оказания медицинской помощи	3
9.	Составление индивидуальных программ медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение.	5
10.	Проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья; предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противозидемических мероприятий.	10
11.	Оформление медицинской документации	30

1. Содержание и объем клинической практики

Общая трудоемкость вариативной практики составляет 5 зачетных единиц, 180 академических часов:

Объем вариативной практики

Периоды обучения	Часы			ЗЕ
	Контактная работа	Самостоятельная работа	Всего	
Второй год (4й семестр)	90	90	180	5
Форма промежуточной аттестации – зачет с оценкой				

Содержание клинической практики

1. Вводный инструктаж руководителя практики. Изучение организационных вопросов работы врачей амбулаторного звена (поликлиника), городской эндокринологической центр. Инструктаж по технике безопасности.
2. Работа с пациентами:
 - курация больных;
 - участие в приеме пациентов в условиях поликлиники и на дому;
 - оценка результатов обследования пациентов;
 - участие в постановке диагноза;
 - обсуждении сложных диагностических случаев;
 - участие в назначении и проведении лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Участие в назначении и оценке специализированных методов обследования.
4. Оформление учетно-отчетной документации в медицинской организации (первичный осмотр больных, дневники наблюдения, направления на исследования, эпикризы, амбулаторные карты).
5. Участие в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий и диспансерного наблюдения в амбулаторных учреждениях.
6. Изучение порядка и условий оказания первой врачебной специализированной помощи при неотложных состояниях на амбулаторном этапе.
7. Участие в проведении экспертизы временной утраты трудоспособности и медико-социальной экспертизы.

8. Участие в проведении медицинской реабилитации.
9. Проведение санитарно-просветительной работы с пациентами и членами их семей.
10. Оформление дневника практики с соблюдением требований информационной безопасности.
11. Аттестация по итогам практики.

Учебно-тематический план Производственной клинической практики «Специализированная помощь в условиях дневного стационара»

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место практики	Продолжительность циклов (часы, недели, зачетные единицы трудоемкости)		Формируемые индикаторы достижения компетенции	Форма контроля
			ЗЕ	Часы		
Второй год обучения						
Поликлиника и дневной стационар						Зачет с оценкой
1	Прием пациентов с заболеваниями терапевтического профиля	Работа ОБУЗ «Городская клиническая больница №4» г.Иваново Дневной стационар	5	180	ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-1.3; ПК-1.4; ПК-2.1, ПК-2.2	
Итого			5	180		

2. Образовательные, научно-исследовательские и научно-производственные технологии, используемые на практике.

В ходе производственной (клинической) практики с целью формирования и развития заявленных компетенций ординаторы используют навыки сбора и анализа, конспектирования научной и методической литературы, моделирования и проектирования клинических ситуаций и лечебно-диагностического процесса в целом, сбора материала и написание отчета при оформлении дневников практики. С целью развития навыков применяются технологии консультирования, тьюторства, участия в практических, научно-практических внутри- и внебольничных конференциях.

В собственной практической деятельности ординаторы используют современные подходы к диагностике, лечению, реабилитации, профилактике заболеваний. При этом используются разнообразные технические устройства (медицинское оборудование) и программное обеспечение, информационные и коммуникационные технологии.

Для выполнения индивидуальных заданий ординаторы используют электронный каталог библиотеки, электронные ресурсы электронных библиотечных систем «Консультант врача» и «Консультант студента».

3. Характеристика форм отчетности и оценочных средств для промежуточной аттестации по клинической практике

3.1. Текущий контроль:

Перед началом практики обучающийся получает индивидуальное задание на практику (Приложение 2). Во время прохождения клинической практики ординаторы ведут дневник установленного образца, отражающий основные виды работы. Текущий контроль осуществляет руководитель практической подготовки.

3.2. Промежуточная аттестация:

Аттестация по клинической практике проводится в последний день практики семестра. К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, выполнившие программу клинической практики. На промежуточную аттестацию ординатор предъявляет:

- дневник производственной практики;
- характеристику руководителя от базы практической подготовки;

Формы дневника, характеристики и анкеты представлены в Положении об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой, который включает в себя два этапа:

1. Проверка практических умений
2. Собеседование по дневнику практики.

Проверка практических умений проводится с использованием клинических задач фонда оценочных средств (Приложение 1).

Каждый этап оценивается по пятибалльной системе. По результатам двух этапов определяется итоговая оценка.

Результаты сдачи зачета оцениваются как «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

4. Описание материально-технического обеспечения практики

Материально-техническая база практики включает в себя:

1. Аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

2. Лаборатории, оснащенные специализированным оборудованием и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки индивидуально, для проведения диагностических исследований;
3. Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение практик

Электронные библиотечные системы:

а) основная литература:

1. Амбулаторно-поликлиническая терапия: стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества, фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html>
2. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / [В. В. Щёкотов, А. П. Щёктова, А. Д. Голубев и др.]; под ред. В. В. Щёктова [и др.] ; Российское научное медицинское общество терапевтов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html>
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству; гл. ред.: И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016 . - Т. 1. - Текст : непосредственный.
То же. – Т. 1. - 2017. - Текст : непосредственный.
То же. – 2017. - Т. 1. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441640.html>
То же. – Т. 2. - 2018. - Текст : непосредственный.
То же. – 2018. - Т. 2. - Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446539.html>
4. Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований : руководство / А. А. Кишкун. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html> (дата обращения: 13.05.2020).
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Электронная библиотечная система Ивановский ГМУ:

1. Лечение сахарного диабета : [учебное пособие для подготовки обучающихся по программе ординатуры по специальности «Эндокринология»] / составители: Г. А. Батрак [и др.]. - Иваново, 2021. - 72 с. - Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html)
2. Нарушения функции щитовидной железы : учебное пособие для подготовки обучающихся по образовательным программам высшего образования – программе ординатуры по специальностям «Эндокринология» системы подготовки медицинских кадров высшей квалификации / Ивановская государственная медицинская академия ; составители: Г. А. Батрак [и др.] ; рецензент И. А. Романенко. - Иваново : ИвГМА, 2022. - 76 с. : ил., табл. -

Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://ИРБИС64+ Электронная библиотека (ivanovo.ru))

3. Острые осложнения сахарного диабета : [учебное пособие] / составители: Г. А. Батрак [и др.]. - Иваново, 2020. - 90 с. - Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://ИРБИС64+ Электронная библиотека (ivanovo.ru))

4. Эндокринные заболевания и беременность : [учебное пособие для подготовки обучающихся по программам ординатуры по специальностям «Эндокринология», «Терапия», «Акушерство и гинекология»] / составители: Г. А. Батрак [и др.]. - Иваново : ИвГМА, 2021. - 91 с. - Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://ИРБИС64+ Электронная библиотека (ivanovo.ru))

5. Обструктивные заболевания органов дыхания : учебное пособие для врачей, обучающихся по программам дополнительного профессионального образования по специальностям : терапия, общая врачебная практика (семейная медицина), пульмонология, гериатрия / Иван. гос. мед. акад. ; сост.: Е. А. Жук, С. Е. Мясоедова ; рец. С. Е. Ушакова. - Иваново : ИвГМА, 2021. - 120 с. - Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://ИРБИС64+ Электронная библиотека (ivanovo.ru))

6. Функциональные методы исследования при заболеваниях органов дыхания: учебное пособие для системы подготовки обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по специальностям «Терапия», «Пульмонология» / Иван. гос. мед. акад. ; сост.: Е. А. Жук, С. Е. Мясоедова ; рец. С. Е. Ушакова. - Иваново: ИвГМА, 2021. – 72 с. // Текст : электронный // Электронная библиотека ИвГМА. – URL: [ИРБИС64+ Электронная библиотека \(ivanovo.ru\)](http://ИРБИС64+ Электронная библиотека (ivanovo.ru))

Базы данных, архивы которых доступны с персональной регистрацией:

1. Научная электронная библиотека, Российский индекс научного цитирования;
2. Электронный каталог Ивановский ГМУ;
3. Электронная библиотека Ивановский ГМУ.

Базы данных, архивы которых доступны по подписке Ивановский ГМУ:

1. ЭБС Консультант студента;
2. ЭБС Консультант врача;
3. Scopus;
4. Web of science.

Комплект лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office;
2. Microsoft Windows;
3. КонсультантПлюс.

Интернет-ресурсы:

1. www.endocrincentr.ru
2. www.thyronet.rusmedserv.com
3. www.diabet.ru/Sdiabet
4. www.osteoporoz.ru
5. www.hypogonadism.ru

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
Производственная клиническая практика
«Специализированная помощь в условиях дневного стационара»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.2

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
Производственная клиническая практика «Специализированная помощь в условиях
дневного стационара»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
амбулаторной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического исследования терапевтических больных	30
2.	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	30
3.	Фармакотерапия внутренних болезней	30
4.	Выбор тактики лечения.	30
5.	Диагностика и оказание экстренной помощи при ургентных состояниях	5
6.	Определение профиля стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнений и преобладания синдрома на момент госпитализации; определение показаний к срочной или плановой госпитализации	5
7.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	20
8.	Организация оценки качества оказания медицинской помощи	3
9.	Составление индивидуальных программ медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение.	5
10.	Проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья; предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.	10
11.	Оформление медицинской документации	30

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
Производственная клиническая практика
«Специализированная помощь в условиях дневного стационара»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.2

1. Паспорт ОС по практике Производственная клиническая практика «Специализированная помощь в условиях дневного стационара»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь взрослому населению по профилю «терапия»	<p>ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность</p> <p>ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>	2 год обучения
ПК-2. Способен к организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ПК-2.1. Обеспечивает контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.</p> <p>ПК-2.2. Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.</p>	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений, навыков	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способ его проведения
ПК-1	ПК-1.1	<p>Знать:</p> <p>Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

	<p>профилю «терапия».</p> <p>Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Основные принципы построения клинического диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Уметь:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по</p>		
--	--	--	--

		<p>профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.2	<p>Знать:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и или состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

	<p>оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p> <p>Уметь:</p> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по</p>	практики	
--	--	----------	--

		<p>профилю «терапия».</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.3	<p>Знать:</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь:</p> <p>Применять природные лечебные</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

	<p>факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской</p>		
--	--	--	--

		<p>реабилитации взрослых.</p> <p>Проведением мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>		
	ПК-1.4.	<p>Знать:</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности.</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде.</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь:</p> <p>Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой.</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ПК-2	ПК-2.1	<p>Знать: - должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Владеть: - навыком общения</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр
	ПК-2.2	<p>Знать: - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих лечение эндокринологических больных</p> <p>Уметь: - проводить противозидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Владеть:</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

		- комплексом мероприятий обеспечения личной безопасности в профессиональной деятельности		
--	--	--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики.

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная ординатором:

Дневник производственной практики 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 практико-ориентированных заданий.

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:

Мужчина 59 лет пришел на прием к врачу-терапевту.

Жалобы на повышение артериального давления, максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания. Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимание на неоднократное повышение уровня глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия. Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, умер в возрасте 68 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не выслушиваются. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).

5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

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

ЗАДАЧА №1.

Пациент в возрасте 55 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы на:

- одышку при физической нагрузке (ходьба около 100 м по ровной поверхности)
- кашель с мокротой белесоватого цвета;
- эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание;
- чувство дискомфорта в груди при дыхании.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 3-х лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Несколько раз в год (до 3-х) отмечает обострения заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего месяца.

Анамнез жизни. Пенсионер. Работал водителем. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. SaO₂ 95%, температура тела 36,6°С. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела 71 кг, рост 180 см, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Грудная клетка бочкообразная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 89 ударов в минуту, АД 139/88 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №2.

Пациент 52 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, прогрессирующее снижение массы тела.

Анамнез заболевания. В течение 5 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, в последние 2 года присоединилась одышка при физической нагрузке, похудел на 5 кг. 2 месяца назад перенёс простудное заболевание со значительным усилением кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин с положительным эффектом. В связи с сохраняющейся выраженной одышкой при обычной ходьбе обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Работает маляром-штукатуром. Перенесённые заболевания, операции: пневмония, аппендэктомия. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 20-летнего возраста (20 сигарет в день).

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост – 1,78 м, масса тела – 65 кг. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – умеренное диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 2.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №3.

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, повышение температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания. С 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. Аллергологический анамнез:

при приеме амоксициклава - крапивница. Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. Вредные привычки: большой курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ 94% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №4.

Пациентка Ф. 51 год предъявляет **жалобы** на ежедневные приступы удушья 1-2 раза в сутки, в том числе ночные 2-3 раза в неделю, сопровождающиеся дистантными сухими хрипами и чувством нехватки воздуха, малопродуктивный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке (ходьба 200 метров); эпизоды подъема АД до 150/90 мм рт.ст. (адаптирована к 120/80 мм рт.ст.), головные боли в теменно-затылочных областях во время подъёма АД, головокружение, шум в ушах; общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания. В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой. Обострения бывают 1-2 раза в год (ОРВИ, метеорологические условия). Купирует ингаляциями сальбутамола. Базисную терапию не получает. Примерно 1 раз в год ложится на стационарное лечение, после чего отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение «заложенности в груди». Год назад поставлен диагноз гипертоническая болезнь, постоянную антигипертензивную терапию не принимает. При повышении АД самостоятельно принимает 1 таблетку эналаприла (10 мг). Обратилась к врачу для подбора базисной терапии бронхиальной астмы и артериальной гипертензии.

Анамнез жизни. Работает преподавателем. Аппендэктомия в 25 лет. Гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Другие хронические неинфекционные заболевания (кроме астмы и артериальной гипертензии) отрицает. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, контакт с инфекционными заболеваниями отрицает, заграничные поездки, употребление сырой воды, укусы клещей отрицает. Гинекологический анамнез: беременностей-3, родов-2, абортов-0, выкидышей-1. Аллергологический анамнез: отмечает непереносимость пенициллина (кожная сыпь),

непереносимость цитрусовых (кожный зуд). Наследственность – неотягощена. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотиков – отрицает. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус. Рост -158 см, вес – 70 кг. ИМТ – 28 кг/м² (окружность талии 86 см), SaO₂-96%, t тела – 36,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность нормальная. Тургор не снижен. Высыпаний нет. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Костно-мышечная система не изменена. Грудная клетка бочкообразная. Легкие: аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, усиливаются на форсированном выдохе. Перкуторно звук коробочный. ЧДД - 18 в минуту. Сердце: аускультативно тоны приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются, перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД – 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 78 в минуту. Ps – 78 в минуту. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна, перкуторно размеры 4x6 см. Почки не пальпируются. Периферические отеки не определяются. Стул: самостоятельный, оформленный, регулярный, патологических примесей нет. Диурез адекватный.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА 5.

На приём к врачу-терапевту обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы на сухой, свистящий кашель, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость, общую слабость, ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания. Перенесла ОРВИ, около 3-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили насморк, головная боль. После чего сначала появился непродуктивный кашель, затем приступы свистящего дыхания, в последние дни стала возникать одышка при быстрой ходьбе, беге, сопровождающаяся приступообразным сухим кашлем. Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. Также сухой кашель и свистящее дыхание возникает во время проведения уборки дома, в запылённых помещениях, в ванной. Живёт в панельном доме, в угловой квартире.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Работает учителем физики в школе. Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения. Назначения были сделаны аллергологом, которого посещала около 6-7 лет назад. С тех пор к аллергологу не обращалась, лечилась по предложенной им схеме. Беременности – 2, родов -2. Наследственность: у отца – Бронхиальная астма с детства. Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая. Вредные привычки: нет. Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, t тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №6

Женщина 38 лет обратилась к врачу терапевту

Жалобы на приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года дневные симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. Пациентка связывает его с ремонтом в доме приступы стали более длительными и возникают ежедневно, ночью - до 3 раз в неделю, нарушают активность и сон.

Анамнез жизни. Не переносит цитрусовые, малину, клубнику (кашель, зуд кожи). Курит 10 лет по 1 пачке в сутки. ИК=10. Работает на стройке, где есть контакт со строительной пылью.

Объективный статус. Общее состояние при осмотре удовлетворительное. Нормостенической конституции. ИМТ= 22. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. SpO₂ – 96%. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №7

Пациентка 22 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на ежедневные приступы удушья до 3-4 раз в сутки преимущественно в ночные и ранние утренние часы, чувство заложенности в грудной клетке, экспираторную одышку при физической нагрузке, приступообразный кашель с отделением умеренного количества прозрачной мокроты.

Анамнез заболевания. С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). В 15 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой, диагностирована бронхиальная астма. В качестве поддерживающей терапии использует ингаляционные глюкокортикостероиды в средней суточной дозе. В последние 3 месяца появились эпизоды затруднённого «свистящего» дыхания до 4-5 раз в неделю, купирующиеся ингаляцией короткодействующих бронхолитиков, одышка при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния в течение 7 дней: стали беспокоить ежедневные приступы удушья (3-4 раза), ночные пробуждения из-за симптомов заболевания, возросла потребность в бронхорасширяющих препаратах.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Работает медицинской сестрой в поликлинике. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Наследственность не отягощена. Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,4°C. Астенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание не нарушено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 86 в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №8.

Больной Н. 67 лет, водитель.

Жалобы на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

Анамнез заболевания. Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без существенного эффекта.

Анамнез жизни. Курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей не имеет аллергических реакций небыло отец здоров, у матери – гипертоническая болезнь.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательны.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения

трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА №9.

Мужчина 47 лет предъявляет **жалобы** на боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту, периодически рвоту съеденной пищей.

Анамнез заболевания. Впервые появление болей после приема пищи отметил год назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Альмагель. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад.

Анамнез жизни. Образование высшее, работает геологом: частые командировки. Алкоголь не употребляет, курит 1 пачку сигарет в день на протяжении 25 лет. Мать страдает гипертонической болезнью, отец — язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 175 см, вес 65 кг, ИМТ 21 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин., АД 120/70 мм. рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Отмечается положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА № 10.

Мужчина 28 лет предъявляет **жалобы** на боли в эпигастрии ,возникающие через 3 часа после приема пищи, тошноту, металлический привкус во рту.

Анамнез заболевания. Впервые появление болей после приема пищи отметил 2 года назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал соду, которая наносила некоторое облегчение. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад

Анамнез жизни

Образование высшее, работает экономистом, питается нерегулярно. Алкоголь не употребляет, курит по 1 пачке сигарет в день на протяжении 10 лет. В анамнезе выраженная кожная аллергическая реакция на антибиотики пенициллинового ряда. Мать страдает гипертонической болезнью, отец- язвенной болезнью желудка

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета.Периферические лумфоузлы не увеличены. Рост 175

см, вес 68 кг. ИМТ 22 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Печень и селезенка не увеличены.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА № 11.

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы: на тупые боли эпигастральной области больше справа от срединной линии, возникающие через 1,5-2 часа после еды; ночью во время сна. Боли уменьшаются после приема соды, молока. Также жалобы на слабость, повышенную утомляемость, недомогание. На высоте болей несколько раз возникла рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 5 лет, когда периодически стали беспокоить: изжога, особенно после погрешностей в еде, дискомфорт в эпигастральной области, что связывает с нарушением питания. Два года назад весной появились боли в эпигастрии, стихающие после приема пищи, приема антацидов. Боли через 2-3 недели самостоятельно прошли. За медицинской помощью не обращался. Впоследствии боли подобного характера возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее обострение на протяжении 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота кислым содержимым на высоте болей заставила обратиться за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, «черный, дегтеобразный» стул отрицает. За время обострения похудел на 2,5 кг.

Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам, умеренно. Работает системным администратором. Аллергических реакций не было. У отца в анамнезе язвенная болезнь желудка, у матери ЖКБ, холецистэктомия 10 лет назад.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. При аускультации тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 уд в мин. АД 120/75 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии, больше справа от срединной линии. Печень при пальпации - по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

ЗАДАЧА № 12.

Женщина 43 года предъявляет **жалобы** на боли по всему животу схваткообразного характера перед дефекацией, проходят после опорожнения кишечника, вздутие живота после приема любой пищи, раздражительность, частое плохое настроение, стул до 3-4 р в день, кашицеобразный, светло-коричневый цвета с небольшим количеством слизи.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после психоэмоционального стресса появились слабость, недомогание, боли в животе без четкой локализации, поносы. За медицинской помощью не обращалась, принимала ферменты, сборы лекарственных трав. Самочувствие постепенно нормализовалось, чувствовала себя удовлетворительно. С этого времени периодически после стресса отмечается возникновение подобных состояний. Неоднократно обследовалась у гастроэнтеролога, патологических изменений выявлено не было. Вчера после стресса очередное возобновление симптоматики. В ночное время чувствует себя удовлетворительно. Вес стабилен.

Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. У отца в анамнезе операция по поводу рака слепой кишки, у матери артериальная гипертензия.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в минуту, удовл. наполнения АД 120/70 мм.рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 68 в минуту. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируется все отдела толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластической консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется. Печень не пальпируется. Размеры по Курлову 9x8x7 см, пузырьные симптомы отриц. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ПК-1.1).
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (ПК-1.2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки для реабилитации больного (ПК-1.3).
8. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
9. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 2
к рабочей программе практики**

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения
производственной практики
«Педагогическая практика»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач – терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.3

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
Производственная практика «Педагогическая практика»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

№	Задания	Сроки выполнения
1	Ознакомиться с документацией кафедры (наименование кафедры) по проведению учебных занятий (лекции, семинары и т.д.); изучить учебный план (название направления подготовки), рабочую программу (наименование дисциплины), ФГОС ВО (уровень высшего образование, название направления подготовки).	
2	Определить тематику и организационную форму проведения занятий, установить даты их проведения.	
3	Изучить научную литературу и учебно-методические пособия (указать конкретные источники) по теме запланированных занятий	
4	Подготовить план-конспект проведения занятий по теме (указать конкретную тему).	
5	Подготовить дидактические материалы (перечислить) для проведения запланированных занятий	
6	Разработать оценочные средства текущего контроля по результатам проведенных занятий	
8	Провести занятия с обучающимися (указать направление подготовки, курс, форму обучения)	
9	Провести оценку и самооценку занятий (лекции, практических занятий)	
10	Оформить дневник практики.	

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 1
к рабочей программе практики
«Педагогическая практика»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной практике
«ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач – терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В.3

1. Паспорт ОС по производственной практике «Педагогическая практика»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует практика

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ПК-3. Способен к участию в педагогической деятельности	ПК-3.1. Участвует в образовательной деятельности. ПК-3.2. Контролирует результаты освоения образовательной программы.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по практике

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений навыков	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способ его проведения
ПК-3	ПК-3.1	Знать: федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования в области медицины, основные формы, технологии, методы и средства организации процесса обучения Уметь: обоснованно выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения Владеть: основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе	1. Вопросы для собеседования. 2. Дневник практики	Зачет с оценкой, 4 семестр
	ПК-3.2	Знать: федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования в области медицины, формы и технологии кон-	1. Вопросы для собеседования. 2. Дневник практики	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>троля результатов освоения образовательных программ</p> <p>Уметь: обоснованно выбирать средства для оценки результатов освоения образовательных программ</p> <p>Владеть: основами применения компьютерной техники и информационных технологий в образовательном процессе</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 оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

К дневнику практики прилагаются:

- план-конспект проведения занятий по теме
- дидактические материалы (перечислить) для проведения запланированных занятий
- оценочные средства текущего контроля по результатам проведенных занятий

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, выполнение всех заданий в полном объеме, наличия оформленной характеристики заведующего кафедрой с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, выполнение всех заданий в полном объеме с несущественными ошибками, оформленной характеристики заведующего кафедрой с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов дневника, выполнения заданий в неполном объеме, оформленной характеристики заведующего кафедрой с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, невыполнении заданий, отсутствии характеристики заведующего кафедрой или при наличии оформленной характеристики заведующего кафедрой 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 ситуациям. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, правильность и объем выполнения заданий. Характеристика заведующего кафедрой.

2.2. Оценочное средство: вопросы для собеседования.

2.2.1. Содержание

Контрольные вопросы по практическому этапу педагогической практики:

- Комплексные социальные нормы системы высшего образования Российской Федерации.
- Истоки возникновения компетентного подхода и определение компетенции
- Циклы образовательных траекторий, степени и уровни европейского пространства высшего образования
- Подходы к обучению и оценке в компетентно-ориентированных образовательных программах
- Оценка результатов обучения
- Качество как интегральная характеристика системы образования. Критерии качества образовательных программ
- Отражение в образовательных программах уровневой структуры высшего образования Российской Федерации
- Федеральный государственный образовательный стандарт как нормативно-правовая основа проектирования и реализации образовательных программ ВО РФ
- Требования ФГОС ВО к результатам освоения ООП: компетентностная модель выпускника вуза
- Требования ФГОС ВО к структуре ООП
- Требования ФГОС ВО к условиям реализации ООП
- Критерии оценки качества освоения ООП в соответствии с ФГОС ВО
- Алгоритм и общие правила формирования компетенций
- Дидактические принципы теории модульного обучения
- Характеристики модульного построения процесса обучения в вузе
- Нормативное и методическое обеспечение системы контроля и оценки качества освоения ООП обучающимися
- Расчет трудоемкости образовательной программы в зачетных единицах
- Организация образовательной среды вуза
- Активизация учебного процесса вуза в условиях реализации компетентно-ориентированных образовательных программ
- Современные образовательные технологии в высшей школе
- Классификации методов обучения и их характеристика. Словесные методы обучения. Наглядные методы обучения. Практические методы обучения. Методы закрепления изученного материала
- Методы обучения как способы конструирования учебной информации: современные модификации проблемного и программированного обучения. Форма представления учебной информации как способ управления процессом усвоения знаний
- Технические средства обучения: техническое обеспечение основных функций педагога, комплексы ТСО в различных формах учебных занятий.
- Активные и интерактивные методы обучения.
- Групповые формы активных методов обучения
- Активные групповые методы социального обучения
- Проектирование и использование инновационных технологий обучения

- Разработка и использование документации, регламентирующей содержание и организацию образовательного процесса в соответствии с ООП ВО
- Психологическая безопасность образовательной среды вуза.

1.2.2. Критерии и шкала оценивания обучающегося

Оценкой **«отлично» (зачтено)** аттестуется обучающийся, полностью овладевший программным материалом или точно и полно выполнивший практические задания. При этом он проявляет самостоятельность в суждениях, умение представить тезисный план ответа; владение теорией, умение раскрыть содержание проблемы; свободное оперирование научным аппаратом, умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, апеллировать к источникам. Обучающийся, опираясь на межпредметные связи, показывает способность связать научные положения с будущей практической деятельностью; умение делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагать ответ на вопрос.

Оценка **«хорошо» (зачтено)** ставится, если обучающийся овладел программным материалом, умеет оперировать основными категориями и понятиями изучаемой отрасли знаний, но самостоятельность суждений, знание литературы у него более ограничены. Он умеет представить план ответа; владеет теорией, раскрывающей проблему; умеет иллюстрировать основные теоретические положения конкретными примерами и практики. Вместе с тем допускает ошибки в ходе ответа на вопросы. Умеет делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«удовлетворительно» (зачтено)** ставится обучающемуся, который в основном знает материал программы, в целом верно выполнил задания, но знания его неполны и поверхностны, самостоятельные суждения отсутствуют. Обучающийся имеет представление о требованиях практики в своей профессиональной области, знает основную литературу, обладает необходимыми умениями. Может оперировать основными понятиями и категориями изучаемой науки, но допускает ошибки в ответе, обнаруживает пробелы в знаниях. Умеет делать выводы; грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«неудовлетворительно» (не зачтено)** ставится, если обучающийся демонстрирует незнание или непонимание учебного материала, не владеет навыками, овладение которыми предусмотрено программой дисциплины, не может выполнить предложенных заданий, не знаком с основной рекомендованной литературой. Это проявляется в отсутствии плана ответа, существенных ошибках при изложении материала, трудностях в практическом применении знаний, неумении сформулировать выводы.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков в форме собеседования по двум вопросам. Оценивается 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.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

**к рабочей программе практики
«Обучающий симуляционный курс»**

**Индивидуальное задание на производственную практику
*«Обучающий симуляционный курс»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.1

Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения производственной практики «Обучающий симуляционный курс»

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень общеврачебных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Удаление инородного тела верхних дыхательных путей	5
2	Коникотомия, коникопункция	5
3	Базовая сердечно-легочная реанимация	5
4	Промывание желудка	5
5	Сифонная клизма	5
6	Пункция периферической вены	5
7	Катетеризация периферической вены	5
8	Пункция плевральной полости	5
9	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)	5
10	Временная остановка наружного кровотечения	5
11	Наложение мягкой повязки	5
12	Остановка носового кровотечения	5
13	Иммобилизация конечности при травмах	5
14	Неотложная помощь при внутреннем кровотечении	5
15	Определение группы крови и резус-принадлежности крови (индивидуальной совместимости)	5

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Методика осмотра пациента с заболеванием внутренних органов	10
2	Умение определить показания к проведению интенсивной терапии	10
3	Умение обоснования необходимости инструментального обследования	10
4	Умение интерпретации данных рентгеноскопии, рентгенограмм, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, контрастных рентгенологических методов при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа	10
5	Умение интерпретации данных эндоскопических методов диагностики: ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия	10
6	Умение регистрации и интерпретации данных ЭКГ при различных патологиях сердечно-сосудистой системы, проведение ЭКГ-мониторирования	10

7	Умение интерпретации данных эхокардиографии с доплерографией	10
8	Умение интерпретации данных спирометрии, умение проведения мониторинга бронхиальной проходимости с помощью пикфлоуметра, интерпретация результатов	10
9	Умение интерпретации данных радиоизотопных методов диагностики	10
10	Умение интерпретации данных ультразвуковых методов диагностики	10
11	Оценка времени свертываемости, АЧТВ, протромбинового индекса	10
12	Определение групп крови, ошибки при определении групп крови. Методы определения системы резус-антигенов, понятие о резус-позитивности и резус-негативности, ошибки при определении резус-фактора	10
13	Проведение проб на групповую и резус-совместимость, на совместимость крови донора и реципиента.	10
14	Оценка гликемического профиля; теста толерантности к глюкозе	10
15	Оформление медицинской документации	10

Руководитель практики _____ / _____ /
 (подпись руководителя) ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной практике
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.1

1. Паспорт ОС по производственной практике «Обучающий симуляционный курс»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследование пациентов. ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику.	2 год обучения
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Диагностирует состояния, требующие срочного медицинского вмешательства. ОПК-10.2. Выполняет алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенций	Код индикатора достижения компетенции	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-4	ОПК-4.1	Знать: - основные клинические проявления заболеваний, приводящие к тяжелым осложнениям и (или) угрожающим жизни, определение тактики ведения с целью их предотвращения. Уметь: - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования при заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: - методикой сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей); - методикой проведения физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	1. Дневник практики 2. Комплекты практико-ориентированных заданий.	Зачет с оценкой, 2 год обучения
	ОПК-4.3	Знать: - основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний, приводящие к	1. Дневник практики	Зачет с оценкой, 2 год

		<p>тяжелым осложнениям и (или) угрожающим жизни, определение тактики ведения пациента с целью их предотвращения.</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования при заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния у пациентов (их законных представителей); - методикой проведения физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 	<p>2. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p>	<p>обучения</p>
ОПК-10	ОПК-10.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей); - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. 	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p>	<p>Зачет с оценкой, 2 год обучения</p>
	ОПК-10.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выполнять мероприятия сердечно-легочной реанимации; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме; пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма 	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p>	<p>Зачет с оценкой, 2 год обучения</p>

		человека (кровообращения и (или) дыхания); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. Владеть: - методикой выполнения мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации.		
--	--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики.

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная ординатором.

Дневник производственной практики (ОПК-4.1, ОПК-4.3, ОПК-10.1, ОПК-10.2) 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) (ОПК-4.1, ОПК-4.3, ОПК-10.1, ОПК-10.2)

Примеры практико-ориентированных заданий:

№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 (ОПК-4.1, ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Окажите неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы (ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть обострения	
3.	Назначил бронходилататор быстрого действия через	

	небулайзер	
4.	Ввел глюкокортикостероид внутривенно при тяжелом состоянии или дал преднизолон внутрь	
5.	Назначил оксигенотерапию, установил скорость подачи кислорода	

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Шкала оценивания:

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;
- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;
- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;
- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения практико-ориентированных заданий, проверяющих выполнение не менее двух общеврачебных навыков и не менее двух специальных навыков. Каждый навык оценивается отдельно по 5-бальной системе.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа и выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕВРАЧЕБНЫМ НАВЫКАМ

№ 1

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навыкате, слезотечение.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (удаление инородного тела из верхних дыхательных путей) (ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Наличие кашля	
4	Оценка дыхания	
5	Оценка сознания	
6	Ревизия ВДП	
7	Тактика действий в зависимости от возраста, особенностей телосложения	
8	Проведение приема Геймлиха	
	а) правильность расположения рук оказывающего помощь и туловища пострадавшего	
	б) число и последовательность тракций	
9	Эффективность проведения	
10	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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (промывание желудка) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение пункции периферической вены для введения глюкокортикоидов) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).

2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (пункция плевральной полости) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение кониопункции) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (неотложная помощь при внутреннем кровотечении) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (катетеризация мочевого пузыря мягким катетером) (ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Собрать набор 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение сифонной клизмы) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести иммобилизацию конечностей) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (наложение мягкой повязки) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (остановка носового кровотечения) (ОПК-10.2).

№ 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 (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести катетеризацию периферической вены) (ОПК-10.2).

№ 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-Д-супер показало наличие агглютинации.

Задания:

1. Определите группу крови и резус принадлежность крови (ОПК-4.3, ОПК-10.1).
2. Продемонстрируйте определение группы крови и резус принадлежности крови на фантоме (ОПК-10.2).

№ 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. Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система) (ОПК-4.1).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед.документацией)	
3	Предложил пациенту сесть на стул	
4	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	
5	Получил у пациента информированное согласие	
6	Обработал гигиенически руки	
7	Провел осмотр пациента в положении лёжа с приподнятым изголовьем кушетки под углом 30-45°	
8	Оценил кожные покровы, конъюнктивы, слизистую ротовой полости, пальцы рук, надавил на кончик ногтя	
9	Попросил пациента повернуть голову на левый бок, использовал источник света для осмотра правой	

	внутренней яремной вены	
10	Провел пальпацию передней поверхности голени, оценил наличие отёков	
11	Оценил пульс на сонных артериях поочередно с двух сторон	
12	Оценил пульс на плечевых артериях одновременно на двух руках	
13	Оценил пульс на лучевых артериях одновременно на двух руках, затем на одной не менее 10 секунд, смотря на часы	
14	Измерил ЧДД, положив другую руку на эпигастральную область	
15	Оценил пульс на бедренных артериях одновременно с двух сторон, затем одновременно с лучевой артерией	
16	Измерил АД, предварительно задав вопросы о факторах, влияющих на его показатели	
17	Пропальпировал верхушечный толчок, в случае его отсутствия, озвучил	
18	Оценил наличие дефицита пульса	
19	Пропальпировал сердечный толчок	
20	Пропальпировал пульсацию крупных сосудов во 2-м межреберье у левого и правого краев грудины	
21	Провел аускультацию в точке аортального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	
22	Провел аускультацию правой и левой сонных артерий в течение не менее 5 секунд	
23	Провел аускультацию в точке пульмонального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	
24	Провел аускультацию в точке митрального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	
25	Провел аускультацию в подмышечной области с целью выявления иррадиации шума с митрального клапана	
26	Провел аускультацию в точке трикуспидального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	
27	Правильно провел аускультацию сердца в положении пациента на левом боку и в положении сидя с небольшим наклоном вперед	
28	Провел аускультацию легких в симметричных участках спереди, сбоку, сзади	
29	Обработал оливы и головку стетофонендоскопа спиртовой салфеткой	
30	Обработал руки гигиеническим способом	
31	Сформулировал верное заключение	
32	Информировал пациента о ходе исследования	

2. Проведите сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача (ОПК-4.1).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося
-------	--	-------------------------

		по 5-балльной системе
	Установление контакта:	
1	Приветствие	
2	Забота о комфорте пациента	
3	Самопрезентация	
4	Согласие на расспрос	
5	Идентификация личности пациента	
	Расспрос:	
6	Открытый вопрос (вначале)	
7	Начало расспроса с фразы: «На что жалуетесь?»	
8	Слушание	
9	Обобщение	
10	Скрининг	
11	Учёт мнения пациента	
12	Использование открытых вопросов	
13	Предложение своих вариантов ответов на заданные вопросы	
14	Серия вопросов	
	Выстраивание отношений в процессе общения:	
15	Зрительный контакт	
16	Перебивание	
17	Обращения к пациенту	
18	Комментирует и оценивает поведение пациента	
19	Выдерживание пауз	
20	Поза	
21	Эмпатия	
22	Фасилитация ответа пациента	
23	Результат коммуникации	
24	Уточняющие вопросы	

3.Запись и анализ ЭКГ (ОПК-4.1).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись к нему по имени и отчеству	
4	Убедился, что есть все необходимое. Проверил целостность упаковок и сроки годности спиртовой салфетки и электродного геля	
5	Обработал руки и при необходимости надел перчатки	
6	Попросил пациента освободить от одежды места	

	наложения электродов и лечь на спину (положить руки вдоль туловища, ноги не скрещивать)	
7	Убедился, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу	
8	Убедился, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой	
9	Нанес электродный гель на предполагаемые места установки электродов	
10	Правильно наложил электроды	
11	Включил электрокардиограф	
12	Убедился в правильности настройки регистрации ЭКГ	
13	Осуществил запись ЭКГ, в том числе на вдохе	
14	Снял электроды с пациента, отключил электрокардиограф	
15	Предложил пациенту бумажную салфетку	
16	Обработал электроды, убрал их и электродный гель на место	
17	Обработал руки	
18	Сформулировал верное заключение	

4. Неотложная помощь при кардиогенном шоке (ОПК-10.2).

	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	
2	Оценил сознание	
3	. Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)	
4	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть	
5	Правильно оценил проходимость дыхательных путей	
6	Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	
7	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	
8	Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)	
9	Обеспечил внутривенный доступ	
10	Верно наложил электроды	
11	Правильно интерпретировал ЭКГ	
12	Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация	

	результата, оценка тонуса мышц)	
13	- Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	
14	Правильно вызвал СМП	
15	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП	
16	Применил двойную антиагрегантную терапию	
17	Использовал верные дозировки антиагрегантов	
18	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов	
19	Использовал дополнительные препараты	
20	Соблюдал приоритетность введения ЛС	
21	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	
22	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	

5. Окажите неотложную помощь при гипогликемической коме (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть обострения	
3.	Назначил бронходилататор быстрого действия через небулайзер	
4.	Ввел глюкокортикостероид внутривенно при тяжелом состоянии или дал преднизолон внутрь	
5.	Назначил оксигенотерапию, установил скорость подачи кислорода	

6. Окажите неотложную помощь при легочном кровотечении (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Провел мероприятия по предупреждению асфиксии: обеспечение проходимости дыхательных путей, придание возвышенного положения тела пациента	
4.	Назначил медикаментозное лечение: венозные вазодилататоры (нитроглицерин), коррекция фибринолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота), инфузионная терапия, свежзамороженная плазма, этамзилат, антибактериальная терапия	
5.	Провел определение группы крови, назвал показания к переливанию эритроцитарной массы	
6.	Назвал эндоскопические методы остановки кровотечения	
7.	Назвал показания к оперативному лечению при легочном кровотечении	

7. Окажите неотложную помощь при нарушении ритма сердца (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Назначил медикаментозное лечение: антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Провел определение группы крови, назвал показания к переливанию эритроцитарной массы	
6.	Назвал показания к электроимпульсной терапии и/или временная/постоянная электрокардиостимуляции	
7.	Назвал показания к консультации кардиолога	

8. Окажите неотложную помощь при гипертоническом кризе (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Назначил медикаментозное лечение: терапия антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно	
5.	Выполнил интерпретацию данных эхокардиографии	
6.	Назначил последующую антигипертензивную терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в режиме монотерапии пациентам низкого и среднего стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии пациентам среднего, высокого и очень высокого стратификационного риска, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Достигнуто снижение артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	

9. Окажите неотложную помощь при сердечной астме, отеке легких (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	

2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	
5.	Выполнена пульсоксиметрия	
6.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	
7.	Назначена эхокардиография, выполнена интерпретация полученных данных	
8.	Назначена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар, выполнена интерпретация полученных данных	
9.	Назначил медикаментозное лечение: опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или "петлевыми" диуретиками и/или адрено- и допаминиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
10.	Назначено ингаляторное введение кислорода (при сатурации менее 95%)	
11.	Назвал показания к неинвазивной искусственной вентиляции легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляторного введения кислорода и медикаментозной терапии)	

10. Окажите неотложную помощь при остром коронарном синдроме (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование, оценка ЭКГ	
4.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	
5.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	
6.	Назначена эхокардиография, выполнена интерпретация полученных данных	
7.	Назначил медикаментозное лечение: опиоидами, нитратами, адреноблокаторами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Назвал показания к тромболитической терапии	

11. Окажите неотложную помощь при пневмотораксе (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
4.	Назначил рентгенографию грудной клетки в прямой и боковой проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар, выполнил интерпретацию полученных данных	
5.	Выполнил пункция и/или дренирование плевральной полости не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
6.	Определил показания к хирургическому вмешательству (при неэффективности дренирования плевральной полости в течение 72 часов)	
7.	Назначил контрольную рентгенографию органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях	
8.	Назначена профилактика гнойно-септических осложнений в период госпитализации	
9.	Достигнуто расправление легкого на момент выписки из стационара	

12. Окажите неотложную помощь при аллергической реакции (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил медикаментозное лечение: лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Достигнуто исчезновение или уменьшение площади и выраженности высыпаний	

13. Окажите неотложную помощь при эндогенной коме (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
4.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 10 минут от момента поступления в стационар, в дальнейшем не реже 3 -	

	5 раз в сутки	
5.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
6.	Выполнил электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
7.	Назначил исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
8.	Назначил парентеральное введение декстрозы или глюкагона (при гипогликемической коме и отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Назначил парентеральное введение инсулина (при гипергликемической коме)	
10.	Назначил инфузионную терапию не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
11.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
12.	Назначил искусственную вентиляцию легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)	
13.	Назначил консультацию врача-невролога	
14.	Достигнут уровень глюкозы в крови от 13 до 15 ммоль/л в первые 24 часа от момента поступления в стационар (при гипергликемической коме)	

14. Окажите неотложную помощь при почечной колике (ОПК-4.1, ОПК-10.2).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1.	Провел обследование больного, оценил тяжесть состояния	
2.	Поставил предварительный диагноз, оценил тяжесть кровотечения, назначил необходимые дополнительные обследования	
3.	Назначил осмотр врача-уролога не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
4.	Назначил введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные средства или лекарственных препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Назначил ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	
6.	Определил показания к дренированию верхних мочевыводящих путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 6 часов)	
7.	Назначил контрольную обзорную урографию (рентгенография мочевыделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей)	

**федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная клиническая практика – обязательная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.2

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения
практики «Производственная клиническая практика – обязательная часть»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического исследования терапевтических больных	200
2.	Выбор необходимого комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретация полученных данных, выявление признаков патологии	200
3.	Фармакотерапия внутренних болезней	200
4.	Выбор тактики лечения.	200
5.	Диагностика и оказание экстренной помощи при ургентных состояниях	50
6.	Определение профиля стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнений и преобладания синдрома на момент госпитализации; определение показаний к срочной или плановой госпитализации	30
7.	Определение признаков временной и стойкой, частичной или полной утраты трудоспособности и рекомендации по режиму труда и отдыха, при необходимости по рациональному трудоустройству; при стойкой утрате трудоспособности направление больного на медико-социальную экспертизу с оформлением соответствующей выписки из истории болезни	100
8.	Организация оценки качества оказания медицинской помощи	20
9.	Составление индивидуальных программ медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение.	50
10.	Проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья; предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.	30
11.	Оформление медицинской документации	200

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная клиническая практика – обязательная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.2

1. ОС по практике «Производственная клиническая практика – обязательная часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Руководит работой команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала УК-3.2. Организовывает процесс оказания медицинской помощи населению	1-2 год обучения
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Проводит физикальное обследование пациентов ОПК-4.2. Назначает дополнительные методы исследования ОПК-4.3. Проводит клиническую диагностику	1-2 год обучения
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2. Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	1-2 год обучения
ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Ведет медицинскую документацию	1-2 год обучения
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара.	ПК-1.1. Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия». ПК-1.2. Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролирует его эффективность и безопасность. ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, ПК-1.4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».	1-2 год обучения
ПК-2. Способен к организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1. Обеспечивает контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.	1-2 год обучения

	ПК-2.2. Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.	
--	--	--

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений, навыков	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способ его проведения
УК-3	УК-3.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала; - Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка. - Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала. - Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" - Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности - Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - контроль выполнения должностных 	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</p> <p>- обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.</p>		
	УК-3.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей); - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценкой состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. 	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры
ОПК-4	ОПК-4.1	<p>Знать:</p> <p>Методы обследования терапевтических больных.</p> <p>Методы физикального обследования внутренних органов и интерпретацией полученных данных.</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>Определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Уметь: Получить информацию о заболевании. Провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания. Оценить тяжесть состояния больного. Анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.</p> <p>Владеть: Методами физикального обследования внутренних органов. Методами оценки функционального состояния органов и систем. Оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Определением диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия".</p>	<p>2. Дневник практики</p>	
ОПК-4.2.		<p>Знать: Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", показания и противопоказания к их использованию.</p> <p>Уметь: Определить объем и последовательность применения</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник</p>	<p>Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры</p>

		<p>методов обследования и лечебных мероприятий.</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - пневмотахометрию - снятие и расшифровка электрокардиограммы.</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением плана исследования больного с учетом предварительного диагноза.</p> <p>Проведением квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме.</p> <p>Интерпретацией результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза.</p> <p>Интерпретацией данных инструментальных и аппаратных методов исследования.</p>	практики	
ОПК-4.3.		<p>Знать:</p> <p>Клинические рекомендации, стандарты по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин.</p> <p>Клиническую картину, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных состояний у взрослого населения.</p> <p>Уметь: Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ. Определить показания для госпитализации и организовать ее. Составлять план исследования и лечения больного с учетом предварительного диагноза.</p> <p>Владеть: Установкой диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснованием. Методами проведения квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления заболеваний. Методами раннего выявления онкологических и других социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекции, наркомания, алкоголизм, острые нервно-психические расстройства).</p>		
ОПК-5	ОПК-5.1.	<p>Знать: Клиническую фармакологию и тактику применения лекарств.</p> <p>Уметь: Обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий Оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении Вести и лечить пациентов,</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи. Применять лекарственные средства для лечения различных заболеваний и патологических состояний и оценки эффективности лечения.</p> <p>Интерпретировать результаты исследования клинических анализов для правильной оценки эффективности терапии.</p> <p>Разработать план лечения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития.</p> <p>Владеть:</p> <p>Основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, тромбофилических состояний в клинике внутренних болезней.</p>		
ОПК-5.2.		<p>Знать:</p> <p>Показания для направления пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю "терапия", медицинские показания и медицинские</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p> <p>Уметь:</p> <p>Оценить ход течения заболевания в динамике и своевременно внести коррективы в лечение.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия».</p> <p>Владеть:</p> <p>Составлением лечения больного с учетом предварительного диагноза,</p> <p>Принципами применения лекарственных средств для лечения различных заболеваний и патологических состояний.</p> <p>Методами оценки эффективности лечения.</p>		
--	--	---	--	--

ОПК-9	ОПК-9.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «терапия», в том числе в электронном виде; - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное инфекционным заболеванием для прохождения медико-социальной экспертизы; - оформлять медицинское свидетельство о смерти в установленном порядке с учетом действующей МКБ; - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой составления плана работы и отчета о своей работе; - методами заполнения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; - методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - методами применения информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры
ПК-1	ПК-1.1.	<p>Знать:</p> <p>Клинические рекомендации по</p>	1. Комплекты	Зачет с оценкой,

	<p>диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Основные принципы построения клинического диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Уметь:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать</p>	<p>практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	<p>2, 3, 4 семестры</p>
--	--	---	-------------------------

		<p>полученные результаты.</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>	
--	--	--	--

	ПК-1.2	<p>Знать: Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия» Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и или состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p> <p>Уметь: Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Анализировать фармакологическое</p>	1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры
--	--------	---	---	-----------------------------------

		<p>действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.3	<p>Знать:</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	<p>Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры</p>

	<p>реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь:</p> <p>Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p>		
--	---	--	--

		<p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Владеть: Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.</p> <p>Проведением мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.</p>		
	ПК-1.4	<p>Знать: Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности.</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде.</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или)</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь: Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой. Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ОПК-9	ОПК-9.2	<p>Знать: - Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа; - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики 	<p>Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры</p>

		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; - - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой составления плана работы и отчета о своей работе; - методами заполнения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; - методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения; - методами применения информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 		
ПК-1	ПК-1.1.	<p>Знать:</p> <p>Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p> <p>Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Особенности течения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Основные принципы построения клинического диагноза.</p> <p>Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания направления</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.

Уметь:

Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».и интерпретировать его результаты

Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты.

Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».

Обосновывать направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия». к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов.

Устанавливать диагноз с учетом МКБ.

Проводить дифференциальную диагностику диффузных паренхиматозных

		<p>заболеваний легких</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p> <p>Методами физикального обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Методами проведения диагностических манипуляций и интерпретировать полученные результаты.</p> <p>Методами оценки результатов лабораторного и инструментального обследований пациентов.</p> <p>Алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ, проведением дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояний по профилю «терапия».</p>		
	ПК-1.2..	<p>Знать:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и или состояниях по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики 	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

Уметь:

Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи

Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.

Назначать немедикаментозное лечение пациенту с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.

Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».

Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,

	<p>клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.</p> <p>Владеть:</p> <p>Методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Оценкой эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия».</p>		
ПК-1.3.	<p>Знать:</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов.</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".</p> <p>Уметь:</p> <p>Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения

Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.

Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия".

Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Владеть:

Составлением плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.

Проведением мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалида.

Оценкой эффективности и безопасности

		мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.	
	ПК-1.4.	<p>Знать: Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде. Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь: Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой. Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий. 2. Дневник практики</p>
			Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры

		<p>экспертизы.</p> <p>Владеть: Проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направлением пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу.</p>		
ПК-2	ПК-2.1	<p>Знать: - должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, осуществляющих лечение больных терапевтического профиля</p> <p>Уметь: - контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Владеть: - навыком общения</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 4 семестры
	ПК-2.2	<p>Знать: - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих лечение больных терапевтического профиля</p> <p>Уметь: - проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>Владеть: - комплексом мероприятий обеспечения личной безопасности в профессиональной деятельности</p>	<p>1. Комплекты практико-ориентированных заданий.</p> <p>2. Дневник практики</p>	Зачет с оценкой, 2, 3, 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 ординатором:

Дневник производственной практики 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 практико-ориентированных заданий.

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:

Больной С., 46 лет, преподаватель, обратился к участковому врачу

Жалобы на кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, отсутствие аппетита, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания. Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем – с выделением скудной мокроты желтого цвета), повысилась температура до 38,0°C. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол, аскорбиновую кислоту.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, консолидированный перелом костей левой голени. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит на протяжении 10 последних лет по полпачки сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоза нет. При пальпации грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен небольшой участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы при аускультации. Частота дыхания 16 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 82 ударов в минуту. АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты

дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Кардиология

№ 1

Больная Н., 60 лет, обратилась в приемный покой: ухудшение самочувствия второй день. Вчера вечером на работе внезапно почувствовала головокружение, слабость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Приняла корвалол, валидол, продолжала дежурить. Беспокоила одышка при физической нагрузке, сердцебиение.

Из анамнеза: около 10 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится, периодически при повышении АД принимает клофелин, цифр рабочего АД не знает. Около 2 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 84 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 120 в минуту, аритмичный, напряжен. АД-164/102 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 150 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 2

Больной Ш., 37 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе, не купирующиеся нитроглицерином, одышку при физической нагрузке, приступы сердцебиения, обмороки, слабость.

Из анамнеза: впервые шумы в сердце были выявлены в 8 лет, но обследование не проводилось. С 15 лет наблюдался у ревматолога. Обморочные состояния появились 2 месяца назад. Обратился к участковому терапевту, который направил больного в стационар на дообследование. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы

(подчелюстные, затылочные) не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 61 кг. Отеков нет. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 84 в минуту, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 138/90 мм рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в проекции передней грудной стенки по левому краю грудины. Перкуторно - левая граница относительной тупости сердца смещена влево на 1 см в V межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультивно - тоны сердца приглушены, ритм правильный. Над всей поверхностью сердца выслушивается нарастающе-убывающий систолический шум, грубый, высокой интенсивности. Области звучания - верхушка сердца и точка Боткина. Громкость шума усиливается в положении "стоя". Шум не проводится на сосуды шеи. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 3

Больная З., 22 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: с детства часто болела ангинами, перенесла полиартрит. До 20-летнего возраста чувствовала себя удовлетворительно. В последующие годы отмечала одышку при физических нагрузках, сердцебиение. В последние 3-4 недели появились отеки, усилилась одышка, кашель. Обратилась к участковому терапевту, который направил ее в стационар.

Состояние тяжелое, сознание ясное, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы с желтушными, сухие. Набухание и пульсация шейных вен («положительный венный пульс»). Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер.

ЧД - 26 в 1 мин. При перкуссии над легкими притупление в нижних отделах. Аускультативно: дыхание жесткое, в нижних отделах легких влажные мелкопузырчатые хрипы.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 110/74 мм рт.ст. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок в 5 межреберье, ограниченный. Над верхушкой определяется "кошачье мурлыканье". Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне II межреберья. На верхушке выслушивается хлопающий 1 тон, ритм "перепела", диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум, усиливающийся на

вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 115 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная с острым краем, пульсирует. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 4

Больной Ф., 63 лет госпитализирован в палату интенсивной терапии с диагнозом: ИБС, острый нижний инфаркт миокарда. Ухудшение в состоянии в течение последних суток до госпитализации, когда стал отмечать интенсивные боли за грудиной, не купирующиеся нитроглицерином.

В анамнезе – гипертоническая болезнь с 55 лет, регулярно антигипертензивную терапию не получал. В течение многих лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Накануне поступления был дегтеобразный стул. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет.

Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Кожные покровы бледные, холодные; слизистые – бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 175 см. Вес 70 кг. Отеков нет.

ЧД 24 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота 160 в мин, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД 80/40 мм рт.ст. Границы сердца: левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, слабо болезненный в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 5

Больной Л., 47 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, отеки голеней, общую слабость. В течение последних 8 лет злоупотребляет алкоголем (употребляет до 700 грамм водки 3-4 раза в неделю). Вышеописанные жалобы появились в течение последних двух недель. Обратился в поликлинику. На зарегистрированной ЭКГ выявлены изменения, в связи с чем был направлен на госпитализацию.

При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы влажные, цианоз носогубного треугольника, губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост - 184 см, вес - 67 кг. Отеков нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Левая граница относительной сердечной тупости определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Правая и верхняя границы - не изменены. Тоны сердца ослаблены, выслушивается патологический III тон, систолический шум на верхушке сердца. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧД - 22 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. В нижних отделах легких с обеих сторон дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край закруглен, плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 6

Больная Ю., 53 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, сжимающие боли в сердце, возникающие и в покое и при физической нагрузке (ходьба на 200-300 м), проходящие после прекращения нагрузки, одышку при минимальной физической нагрузке, периодически подъемы температуры до субфебрильных значений. Отдаленный анамнез без особенностей, профессиональных вредностей не было. Данные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали.

Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Климакс с 48 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 37,2°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 20 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, край ровный, немного болезненный, плотной консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 7

Больная Х., 54 лет, обратилась в поликлинику после работы с жалобами на учащение в течение последние 3 дней болей в области сердца, иррадиирующих в левую руку, возникающих при ходьбе на работу и волнениях, проходящих в покое и после приема нитроглицерина.

В анамнезе: в течение 6 лет страдает стенокардией, принимает с положительным эффектом нитросорбид. Отмечает эпизоды повышения АД до 190/110 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, постоянно препараты для коррекции АД не принимает. 2-3 раза в месяц отмечает появление сердцебиений длительностью 5-10 минут, на проведенном год назад суточном мониторинге ЭКГ выявлены пароксизмы фибрилляции предсердий. В 2002 году перенесла ишемический мозговой инсульт. Периодически после употребления жирной еды отмечает появление болей в правом подреберье. Около 10 лет знает о наличии сахарного диабета, принимает манинил 5 мг по 1 таб. 2 р/д, уровень сахара не определяла в течение последнего года.

При осмотре: Состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы гиперемированы, влажные; слизистые – бледно-розовые, чистые. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см. Вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки голеней. ЧД 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота 84 в мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен, единичные экстрасистолы (до 4-6 в минуту). АД 185/100 мм рт.ст. Границы сердца: левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, слабобезболезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Кера - слабоположительные. Печень + 2 см из-

под края реберной дуги, край мягкий, гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена в размере, в обеих долях пальпируются узлы диаметром до 1 см.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 8

Больной Ф., 57 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на наличие давящих и сжимающих болей в области сердца и за грудиной, возникающих при ходьбе на расстояние 150 м, подъеме на 1 этаж, с иррадиацией в шею и нижнюю челюсть, самостоятельно проходящих в покое за 3-5 минут. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней, когда после переохлаждения стал нарастать кашель, особенно в ранние утренние часы, с трудноотходящей зеленоватой мокротой, отмечал подъем температуры до 38,2°C, появление одышки при незначительной физической нагрузке.

Туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болел. С 45 лет страдает стенокардией. В 52 года была выполнена операция аортокоронарного шунтирования в г. Москве, после которой в течение 3 лет ангинозные боли не беспокоили. В последние 2 года для профилактики приступов болей в сердце постоянно с положительным эффектом принимает нитропрепараты. Много курит. Ранее работал в цехе с повышенным содержанием асбестовой пыли. Страдает хроническим бронхитом. Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые – гиперемированы, чистые, умеренной влажности, горячие. Температура 37,6 С. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 180 см. Вес 65 кг. Отеки голеней.

ЧД 26 в мин. Перкуторный звук над легкими – коробочный. Дыхание ослабленное, единичные сухие свистящие рассеянные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 152/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая - на 1.5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, систолический шум над мечевидным отростком грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева от грудины. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность

назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)

10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 9

Пациент В., 53 лет, поступил в стационар по направлению участкового терапевта. При поступлении предъявляет жалобы на учащение и удлинение давящих болей в области сердца (за грудиной и в области желудка); особенно сильными боли стали в последние 3 дня.

Ухудшение самочувствия возникло после стресса на работе: боли стали интенсивнее, боли чаще возникают во время физической нагрузки расширилась зона иррадиации в эпигастрий; стала беспокоить изжога, тошнота после приема пищи, отрыжка кислым. Лечился пищевой содой, однако явного улучшения самочувствия не было, обратился за медицинской помощью.

В анамнезе: около 5 лет страдает стенокардией, обследовался в кардиоотделении, во время проведения нагрузочной пробы 2 года назад выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм ниже изолинии в отведениях v3-v6, I, avL. В последнее время принимал по поводу стенокардии только аспирин в дозе 250 мг в сутки. 2 года назад прекратил курить. Алкоголь практически не употребляет (2 – 3 раза в год в небольших количествах).

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 85 кг. Отеков нет. ЧД 16 в мин. При перкуссии легких – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах несколько ослаблено. Пульс одинаковый на обеих руках, 54 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний край 3 ребра. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Слизистая ротоглотки розового цвета, чистая. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптом раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).

2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).

4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)

10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 10

Больная А., 62 лет, доставлена в стационар с жалобами на выраженные давящие боли в области сердца, с иррадиацией в левое плечо и нижнюю челюсть, страх смерти, общую слабость, головокружение.

Много лет страдает гипертонической болезнью, в 1997 году перенесла ишемический инсульт, сохраняется слабость в правых конечностях, головокружения при резком изменении положения тела. Измеряет АД не чаще 1 раза в неделю, обычно АД на уровне 170/100 мм рт.ст. Принимает эпизодически капотен. При быстрой ходьбе беспокоили одышка, сердцебиения, которые в покое самостоятельно проходили. Около 10 лет знает о наличии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. ФЭГДС давно не выполняла. Ухудшение самочувствия в течение последних 4 часов, когда после выполнения тяжелой нагрузки (работала на огороде) появились вышеописанные жалобы, вызвала скорую помощь.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Цианоз губ. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голеней.

ЧД 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения, не напряжен. АД 100/66 мм.рт.ст. Границы сердца: левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ослаблены, шумов нет, акцент 2 тона над аортой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 11

Больная П., 60 лет госпитализирована в стационар с жалобами на приступы сердцебиений, преимущественно в ночные часы; подъемы АД до 210/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью и рвотой; боли в эпигастрии натощак.

Неоднократно вызвала скорую помощь на дом, на ЭКГ были зафиксированы эпизоды неправильного ритма с высокой частотой желудочковых сокращений, с отсутствием зубца Р, неизменными желудочковыми комплексами, наличием мелких волн. При осмотрах регистрировались высокие цифры АД, от госпитализации ранее отказывалась.

Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Имеет распространенный остеохондроз, по поводу которого в течение последнего месяца принимала ежедневно перорально индометацин. 5

лет назад перенесла ишемический инсульт, движения в конечностях восстановились полностью. Ухудшение самочувствия на протяжении 2 недель, когда участились приступы сердцебиений, часто стал беспокоить дискомфорт в области эпигастрия. Обратилась в поликлинику, для обследования была направлена в стационар.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 72 уд. в минуту, ритмичный, напряжен, наполнен. АД 185/110 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний край 3 ребра. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Язык влажный, обложен беловатым налетом у корня. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, резко болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 12

Больная Т., 40 лет, госпитализирована с жалобами на отечность лица, покраснение кожи, чувство жжения в различных участках тела, головокружение, общую слабость, одышку. Ухудшение возникло остро около 3 часов назад после приема таблетки кордафлекса. Пациентка, измеряя артериальное давление, выявила его повышение до 150/90 мм рт.ст. и решила принять кордафлекс. Через некоторое время появился кожный зуд, головокружение, стал развиваться отек лица. Вызвала бригаду СМП.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. В течение 6 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу чего принимает берлиприл. Около года назад была выявлена гипергликемия, в связи с чем больная соблюдает диету. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В детстве отмечалась аллергия на цитрусовые, шоколад. На медикаменты аллергических реакций не отмечала. Материально-бытовые условия хорошие. Гинекологически здорова.

При осмотре выявляется гиперемия кожных покровов, отечность лица, слизистой губ. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 56 кг. Отеков нижних конечностей нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка нормостеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница

легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. При перкуссии справа и слева звук ясный легочный. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 104/72 мм рт. ст. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

Ревматология

№ 13

Больную Г., 43 лет, около 2 недель беспокоят периодические боли в голеностопных суставах, не связанные с физической нагрузкой, не уменьшающиеся на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов. В период болей суставы бывают умеренно отечны, движения в них ограничиваются из-за болей. Суставной синдром сопровождается субфебрилитетом и появлением на коже сыпи, симметрично на правой и левой голени. Сыпь за время своего существования изменяется: в начале появляются элементы розового цвета и диаметром 1-2 см, через несколько часов они становятся багрово-синюшными и имеют склонность к слиянию, через несколько суток - темно-коричневыми, потом - бесследно исчезают. Высыпания болезненные, возвышаются над поверхностью кожи. За 2 недели до появления артралгии и высыпаний больная пересла ангину. Пациентка самостоятельно принимала димедрол, тавегил для лечения сыпи, но эффекта не было. Отмечался субфебрилитет. Обратилась к участковому терапевту, который направил больную в терапевтическое отделение.

При осмотре: общее состояние ближе к средней тяжести. Сознание ясное. На коже ног в области голени - сыпь, с элементами розового, багрового и темно-коричневого цвета, имеющими склонность к слиянию, возвышающимися над поверхностью кожи, не бледнеющими при надавливании, болезненная при пальпации. На остальных участках кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Левая голень отечная, по окружности превышает правую на 4 см. Суставы внешне не изменены. Движения в них совершаются в полном объеме. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. ЧД 16 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 122/84 мм рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Живот при пальпации безболезненный, мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого

отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 14

Больной Х., 24 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Больным себя считает около месяца. Накануне заболевания была проведена экстракция зуба.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 10-15 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю, не более 100-150 мл сухого вина.

При осмотре состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, единичные петехиальные высыпания на ногах. «Пляска каротид». Пальпируемые лимфоузлы не увеличены. Незначительные отеки голеней.

ЧД – 24 в 1 мин. Над всей поверхностью легких перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах.

Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 108 ударов в 1 минуту, ритмичный, по свойствам *celer et altus*. АД - 142/40 мм рт.ст. Верхушечный толчок смещен вниз и влево, разлитой, высокий, «куполообразный». Тоны сердца приглушены, диастолический шум в точке Боткина. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, умеренно болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)

10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2)..

№ 15

Больной Н., 29 лет поступил в стационар с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, головные боли.

Считает себя больным около 5 лет, когда после впервые отметил появление болей в поясничном отделе позвоночника. Боль локализуется в глубоких ягодичных мышцах, возникает периодически, распространяясь на верхние отделы бедер. Боль наиболее интенсивна в периоды двигательной активности и реже отмечается в первую половину дня и после длительного отдыха. У родственников подобных жалоб и воспалительных заболеваний суставов не было. Больной чувствует себя лучше после терапии нестероидными противовоспалительными средствами и отдыха на твердой постели без подушки.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Гормонами не лечился. Переливаний крови не было. Операций не было. Лекарственной аллергии не выявлено.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное. Несколько пониженного питания. Уменьшен физиологический лордоз позвоночника в поясничном отделе, увеличен тонус паравертебральных мышц. При наклоне вперед расстояние пальцы-пол равно 12 см. Внешних признаков поражения суставов конечностей, кожи, глаз и мочеполовой системы не выявлено. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца звучные. АД 130/80 мм. рт. ст. ЧД 16 в 1 минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, над всеми легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 16

Больной Г., 39 лет, обратился за медицинской помощью в апреле 2010 г. с жалобами на боли в голеностопных и коленных суставах, слабость. В марте 2010 г. перенес острую кишечную инфекцию. Через две недели у больного повысилась температура до 38°C, появились боли в глазах, кожная мелкопятнистая сыпь, болезненность при мочеиспускании. Затем присоединились боли в правом коленном и левом голеностопном суставах.

Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болел. Гемотрансфузии не проводились. Травм, операций не было. Выкуривает 18-20 сигарет в сутки, алкоголь раз в неделю не более 100-150 мл водки. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост 178 см, вес 76 кг. Температура тела – 37,5 С. На коже грудной клетки, конечностей определяется мелкопятнистые папулезные

высыпания. Конъюнктивита обоих глаз гиперемирована, слезотечение. Левый голеностопные и правый коленный суставы — отечны, болезненны при пальпации, движения в них ограничены. Периферические лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Отеков нет. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание — везикулярное, хрипов не выслушивается. Область сердца и крупных кровеносных сосудов не изменена. Пульс — 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая — на 1 см снаружи от края грудины в 4 межреберье, левая — на 1 см внутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя — по верхнему краю III ребра. Тоны сердца звучные. ЧД — 15 в 1 мин.. Язык обложен белым налетом. Живот обычных размеров, при пальпации — мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание — болезненное. Status localis: губки уретры отечны, гиперемированы, уретра при пальпации уплотнена и слегка болезненна.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 17

Больная А., 30 лет, поступила в стационар в плановом порядке с жалобами на слабость, сердцебиения и одышку при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице, снижении работоспособности. Из анамнеза известно, что в 12-летнем возрасте перенесла скарлатину, болела более месяца, получала антибактериальную терапию. После перенесенного заболевания периодически отмечала слабость, боли в плечевых суставах, подъемы температуры без катаральных явлений. ОРВИ 2-3 раза в год. Никогда не обследовалась. Настоящее ухудшение в самочувствии после очередного ОРЗ. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Рост - 164 см, вес - 52 кг, ЧД - 20 в минуту в покое. При сравнительной перкуссии легких - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС-92 в минуту, ритмичный. АД-110/60 мм рт ст. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой, усиленный в 5 м.р. на 2 см снаружи от левой средне - ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см снаружи от правого края грудины в 4 м. р., верхняя - П межреберье, левая на 2 см снаружи от средне-ключичной линии, в 5 м. р. Первый тон на верхушке сердца ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум, связанный с 1 тоном, занимающий 2/3 систолы, шум проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по краю реберной дуги (размеры по Курлову 9x8x7), селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 18

Больной Л., 59 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на рецидивирующие носовые кровотечения, нарастающую общую слабость, головокружения, одышку и сердцебиения при умеренной физической нагрузке, кашель с трудно отделяемой мокротой по утрам. Перечисленные симптомы беспокоят на протяжении последних 3-4 месяцев, постепенно данные симптомы нарастают.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Переливали эритроцитарную массу без осложнений. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: мать страдает гипертонической болезнью с 45 лет, перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, по папиной линии у дяди было заболевание крови, связанное с повышенной кровоточивостью.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура – 36,6С. Кожные покровы и слизистые бледные, влажные. На лице и слизистой полости рта – множественные мелкие ярко-красные элементы типа звездочек в диаметре до 2-3 мм, не выступающие над кожей, не исчезающие при надавливании, не зудящие, не симметричные. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 170 см, вес – 72 кг. Пастозность голеней. ЧД – 19 в минуту. Над всей поверхностью легких легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, выслушиваются с обеих сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 80 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 150/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 19

Больная Д., 50 лет госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на боли при ходьбе и ограничение движений в коленных суставах.

Больна около года. К врачам не обращалась. Эпизодически по совету знакомых принимала парацетамол с кратковременным эффектом. Ухудшение самочувствия в течение 2 недель на фоне физических нагрузок (работа на огороде).

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, роды – 1. Менопауза.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 158 см, вес 80 кг. Температура тела 36,7° С. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается небольшой периартикулярный отек в области коленных суставов. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены из-за болезненности. Пальпаторно определяется симптом крепитации преимущественно в правом коленном суставе. Мышечной атрофии нет.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 164/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 20

Больная Ж., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ознобы, боли в мелких и крупных суставах, припухлость и покраснение суставов, головную боль по типу мигрени, нарушение координации движений, утомляемость, слабость, резкое похудание, появление высыпаний на лице, сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, тяжесть в правом подреберье, в поясничной области.

3 года назад после родов стали беспокоить слабость, крапивница. В течение последнего года постепенно появились выше перечисленные симптомы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 3-х дней: резко усилились слабость, головная боль, припухлость и покраснение суставов, повысилась температура.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пониженного питания. Температура тела

38°C. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. На лице эритематозные дискоидные очаги, больше на щеках, лбу. На предплечьях и в области локтевых суставов по внутренней поверхности - бледно-розовая, пятнистая сыпь. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отмечается припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов, с ограничением их подвижности. Отеков нет.

ЧД 20 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Справа в нижне - латеральных отделах выслушивается шум трения плевры. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 146/94 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, плотноватой консистенции, чувствительная, с заостренным краем. Размеры печени по Курлову 11-10-8 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 21

Больная Ч., 40 лет обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня.

Больна 3 года. Обследовалась и лечилась в условиях специализированного отделения областной клинической больницы. После выписки из стационара рекомендации не соблюдала, принимала бруфен без видимого эффекта. Ухудшение самочувствия в течение 1 недели (после перенесенного ОРВИ). Лечилась самостоятельно: смазывала суставы препаратами с обезболивающим эффектом. Улучшения от местной терапии не отмечает.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы, слизистые бледно-розовые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц.

ЧД - 18 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих

руках, ритмичный, частота 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 154/100 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 22

Больная С., 50 лет, госпитализирована по неотложной помощи с жалобами на появление отеков на лице, боли в мышцах, поперхивание при глотании, срыгивание пищи, сухость во рту, ощущение песка в глазах, запоры, зябкость и онемение рук, боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку в покое. Заболевание началось 10 лет назад с онемения и побледнения пальцев рук ("мертвый палец"), особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах, и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 дня стали нарастать одышка, боли в сердце, отеки на ногах.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менопауза с 43 лет.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание ясное. Положение ортопноэ. Лицо амимично. Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отек нижних конечностей и поясничной области.

Отмечается выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть трудно сжать в кулак, ногти утолщены, с поперечной исчерченностью. Мышцы атрофичны и плотны.

ЧД - 36 в 1 минуту. Над легкими коробочный звук, справа ниже IV ребра определяется притупление, ослабленное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 89-92 в 1 минуту, аритмичный. АД 132/86 мм рт. ст. Левая граница сердца относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье; правая - на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - III ребро. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень плотная, болезненная, выступает на 4 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову 13-10-9 см. Олигурия. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 23

Больной А., 22 лет, поступил в стационар по направлению участкового терапевта с жалобами на боли и припухлость правого коленного сустава, общую слабость, сухой кашель, насморк, подъем температуры до 37,7°C.

Из анамнеза: с детских лет периодически отмечал луночные кровотечения, неоднократно были гемартрозы различной локализации, по поводу чего наблюдался у детского гематолога. Кашель и насморк появились 3 дня назад, после переохлождения. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное из-за выраженного болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Правый локтевой и левый коленные суставы деформированы. Правый коленный сустав деформирован, болезненный при пальпации, горячий на ощупь. Рост – 174 см, вес – 66 кг. Отеков нет. ЧД – 16 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 82 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 110/60 мм.рт.ст. Перкуторно – границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

Пульмонология

№ 24

Больной Р., 32 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 38,5°С, кашель с мокротой. Заболел четыре дня назад на фоне переохлаждения и физического перенапряжения. Принимал жаропонижающие средства, аскорбиновую кислоту, с незначительным эффектом. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость. Вызвал участкового врача, дано направление на госпитализацию.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. В возрасте 12 лет перенес острый аппендицит, осложненный перитонитом. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет. Пять лет назад около полугода имел контакт с туберкулезным больным, (проживал в коммунальной квартире).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены. Рост 168 см, вес 65 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. ЧД 22 в минуту, одышка смешанного характера. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже середины лопаток и по боковой поверхности справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня III ребра, слева – звук ясный легочный. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 25

Больной О., 65 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, кашель с мокротой (при надсадном кашле - с прожилками крови), общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,8°С.

Около десяти лет назад обращался к врачу по поводу одышки и кашля с отделением мокроты (чаще слизистой, иногда – гнойной), обследовался, был назначен беродуал и теофедрин. С тех пор

периодически использовал эти препараты при ухудшении самочувствия. В последние два года (после выхода на пенсию) стал чувствовать себя хуже: перестал справляться с привычными нагрузками, усилились одышка и кашель. За это время без соблюдения диеты похудел примерно на 5 килограммов. Настоящее ухудшение в состоянии связывает с перенесенной около двух недель назад ОРВИ.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит с 12 лет до 20 сигарет с фильтром в сутки. До момента выхода на пенсию 20 лет работал прорабом на строительных объектах. Материально-бытовые условия хорошие. Наследственность отягощена по линии отца (страдал хроническим бронхитом).

Сознание ясное. Кожные покровы чистые, небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 55 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания брюшной. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, частота дыхания 22 в минуту, одышка смешанного характера. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается усиление голосового дрожания ниже лопатки справа. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. В легких справа укорочение перкуторного звука от уровня IV ребра, слева – звук ясный легочный. Аускультативно слева выслушивается ослабленное везикулярное дыхание; справа дыхание жесткое, в нижних и боковых отделах дыхание не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница относительной сердечной тупости не определяется, левая смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 26

Больной Ж., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья, небольшой сухой кашель.

Впервые затруднение дыхания ощутил около года назад. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал эуфиллин, затем – сальбутамол, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли; однажды приступ нехватки воздуха внезапно возник ночью, состояние облегчилось сальбутамолом.

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергия на клубнику. В детстве часто болел простудными заболеваниями,

неоднократно в дошкольном и школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет по 10 сигарет с фильтром в день. В возрасте 25 лет обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было около года назад, лечился антибиотиками (ампициллином и метронидазолом 14 дней), принимает омепразол по 1 капсуле два раза в день до настоящего времени. Наследственность неотягощена.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, определяется небольшой цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 126/86 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 27

Больная Е., 39 лет, поступила в терапевтический стационар с жалобами на приступы удушья, сухой кашель, заложенность носа и практически постоянный ринит, выраженную слабость, головную боль. Удушье впервые возникло около 4 лет назад, однако после приема сальбутамола (мать пациентки страдает бронхиальной астмой и пользуется данным препаратом) состояние улучшилось. Около года назад пациентка с целью купирования головной боли приняла анальгин с аспирином, после чего развился отек губ, возникло затруднение дыхания (преимущественно выдоха), состояние облегчилось приемом сальбутамола, антигистаминных средств. В детстве часто болела простудными заболеваниями, практически постоянно отмечала заложенность носа, признаки ринита сохранялись и после выздоровления от вирусной инфекции. Постоянно использует сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, ксилен и другие).

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия на цитрусовые, аспирин, и, возможно, анальгин. Менструальный цикл не нарушен. Роды одни, без патологии.

Замужем, материально-бытовые условия хорошие.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника, слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 164 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка конической формы, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 23 в 1 минуту. Голосовое дрожание в симметричных точках проводится одинаково. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. Дыхание везикулярное ослабленное, единичные сухие хрипы преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 142/86 мм рт ст. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом. Определяется гиперемия слизистой задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 28

Больной Н., 42 лет, поступил по скорой помощи с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель, субфебрилитет. Заболел три дня назад, после значительной физической нагрузки и переохлаждения почувствовал недомогание, принимал анальгин, аспирин с неполным эффектом. В последующие дни чувствовал себя плохо, но за медицинской помощью не обращался. Когда появились боли в левой половине груди и сильный кашель, родственники, обеспокоенные состоянием мужчины, вызвали «скорую помощь».

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болел. Кровь не переливали, травм не было. Два года назад перенес острый не Q - инфаркт миокарда, постоянно принимает тромбо-АСС, перед значительной физической нагрузкой – нитропрепараты. При обычных каждодневных нагрузках нитропрепаратами не пользуется. Живет на 3 этаже пятиэтажного дома, поднимается в лестницу без остановок в среднем темпе. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций нет. Производственных вредностей нет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы

(подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 170 см, вес 92 кг. Пастозность тыльной стороны стоп. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых отделах - единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 130/80 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 29

Больная Г., 22 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, кашель, боли в межлопаточной области. Заболела накануне днем, возникла слабость, плохое самочувствие, почувствовала озноб, выявлен подъем температуры тела до 38° С. Сегодня утром вызвала врача на дом, была госпитализирована.

Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали, травм не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергия в виде крапивницы на витамины группы В. Производственных вредностей нет. Четыре дня назад перенесла операцию по прерыванию беременности.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 37,8°С. Кожные покровы бледные. Слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) безболезненные, не увеличены. Рост 174 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка астеническая. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичность достаточная. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа 5 см, слева 5 см. При перкуссии справа звук ясный легочный, слева по задней и боковой поверхностям от угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, слева в нижнебоковых

отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 100 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 104/72 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 30

Больной Ш., 35 лет, поступил в стационар по неотложной помощи. Жалуется на слабость, потливость, чувство жара, кашель, боли в груди без точной локализации. Указать, сколько дней чувствует себя плохо, не может. Анамнез собирается в основном со слов родственников. Выяснено, что пациент не работает, ведет асоциальный образ жизни, по месту прописки не проживает, видимо, живет у своих знакомых. Злоупотребляет алкоголем, в поликлинику за медицинской помощью не обращался в течение многих лет. О лекарственной непереносимости и о ранее перенесенных заболеваниях ничего не известно.

Состояние тяжелое. Заторможен. На вопросы отвечает с трудом, медленно, короткими фразами. Выявляется диффузный цианоз кожи и слизистых, гиперемия лица, гипергидроз. Конечности холодные. В локтевых ямках обеих рук видны следы от многочисленных внутривенных инъекций. Склеры иктеричны. Пальпируются заушные лимфатические узлы до 1 см в диаметре; подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре; паховые лимфоузлы до 3 см в диаметре, Пальпация лимфоузлов безболезненная, лимфоузлы эластичные, смещаемые, неспаиваемые с окружающими тканями. Рост 174 см, вес 50 кг. Пастозность тыла стоп и нижней трети голей. ЧД 28 в минуту, дыхание поверхностное, речевая одышка. Перкуторно высота стояния верхушек легких спереди 4 см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, ширина полей Кренига 6 см справа и слева. Подвижность нижнего края легких определить не представляется возможным в связи с одышкой. Над легкими слева перкуторно звук ясный легочный, справа в подлопаточной области и по боковой поверхности определяется притупление перкуторного тона, голосовое дрожание усилено. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с обеих сторон выслушиваются единичные сухие хрипы, справа в нижнебоковых отделах дыхательные шумы не прослушиваются. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 104 удара в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД 108/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Слизистая задней стенки глотки, небных дужек гиперемирована. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, пальпация правой подреберной области болезненная. Край печени пальпируется на 6 см ниже правой реберной дуги, плотный, болезненный. Размеры печени по Курлову: первый – 18 см, второй – 16 см, третий – 10 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 31

Больной И., 42 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, общую слабость, тошноту, кашель с мокротой слизистого характера, боль в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры тела до 38⁰С. Заболел остро 3 дня назад после переохлаждения. Почувствовал сильную слабость, озноб. Лечился дома без существенного эффекта, сохранялась повышенная температура (37,8-39⁰), стала нарастать одышка, общая слабость.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно. С момента начала заболевания не курил. Выяснено, что в последние 3 – 4 года несколько раз отмечались подъемы артериального давления до 150/90 мм рт ст. По этому поводу пациент не обследовался и не лечился, объясняя подъемы давления переутомлением или эмоциональным перенапряжением.

При обследовании общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Выявляется диффузный цианоз кожи и слизистых, гипергидроз. Конечности холодные. Отеков нет. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные) не увеличены. Рост 174 см, вес 76 кг. Отеков нет. ЧД 22 в минуту, одышка смешанного характера. Перкуторно высота стояния верхушек легких спереди 4 см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, ширина полей Кренига 6 см справа и слева. Справа в подлопаточной области и по боковой поверхности определяется притупление перкуторного тона, переходящее в абсолютную тупость, голосовое дрожание усилено. Подвижность нижнего края легких определить не представляется возможным в связи с одышкой. Аускультативно слева дыхание ослабленное везикулярное, справа в нижнебоковых отделах не прослушивается. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 102 удара в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, напряжен. АД 146/92 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Слизистые задней стенки глотки, небных дужек гиперемированы. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный, щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 32

Больной Т., 52 лет, доставлен в стационар по скорой помощи с работы с жалобами на чувство нехватки воздуха, «свист в груди», кашель, слабость, головную боль. В ночь перед госпитализацией испытывал чувство нехватки воздуха, принимал нитроглицерин без эффекта, эуфиллин с незначительным эффектом. Придя на работу, почувствовал резкую слабость, ощущение удушья, сослуживцы вызвали скорую помощь.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Отмечает аллергические реакции на пищевые продукты (какао, красное вино, апельсины) и лекарственные препараты (диклофенак) в виде крапивницы. Курит с подросткового возраста до 20 сигарет с фильтром в сутки. Много лет беспокоит кашель, особенно по утрам, систематически не лечился. Периодически замечал «свист в легких», одышку, связывал их с инфекциями или курением.

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной предпочитает занимать полусидячее положение. Кожные покровы чистые, определяется небольшой диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, частота дыхания 24 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Нижняя граница легких в пределах нормы, высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии справа и слева 4 см. При аускультации легких на фоне жесткого ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения ненапряжен. АД 130/78 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 33

Больной Б., 23 лет, инвалид детства, обратился с жалобами на мучительный кашель с трудноотделяемой желтой мокротой, одышку. Также часто беспокоят вздутие живота, урчание, императивные позывы на дефекацию (стул объемный, неоформленный, серого цвета со зловонным запахом). Появления диспепсии связывает с самыми незначительными нарушениями в диете (употребление обезжиренного молока и кисломолочных продуктов, небольшого количества животного или растительного масла). Последние несколько недель такие проявления участились, за месяц похудел на 3 кг.

Инвалид детства по поводу «общего заболевания», постоянным проявлением которого является одышка смешанного характера при любой нагрузке, кашель со скудной вязкой мокротой, не приносящий облегчения. В детском возрасте часто болел бронхитом. Неоднократно обследовался и лечился в терапевтических и пульмонологических отделениях города и областного центра. Наблюдается терапевтом по месту жительства.

Сознание ясное. Температура тела 37,0°C. Кожные покровы сухие, бледного цвета со сниженным тургором. Акроцианоз. «Барабанные палочки» и «часовые стекла». Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненны. Рост 164 см, вес 46 кг. Голени пастозные. ЧД 22 в мин. Грудная клетка с увеличением передне-заднего размера. Дыхательные движения с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторный звук над легкими коробочный, границы легких перкуторно определяются ниже на 1 ребро от нормального расположения. Дыхание в нижне-боковых отделах ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются рассеянные сухие высокотональные хрипы. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд в мин, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт. ст. Верхушечный толчок не пальпируется. Правая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 м.р., тоны сердца приглушены, акцент и раздвоение 2 тона на легочной артерии. Язык обложен белым налетом у корня, края и кончик ярко красные. Ангулярный стоматит. Слизистая полости рта бледная, чистая. Миндалины не увеличены. Живот втянут, симметричен, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника определяются в зонах обычного расположения, безболезненны. Большая кривизна желудка пальпаторно определяется на 3 см выше пупка. Печень по правой среднеключичной линии выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягкая, гладкая, безболезненная, с ровной поверхностью. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

Гастроэнтерология

№ 34

Больной В., 40 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу, особенно после употребления острых блюд, тошноту, однократную рвоту “кофейной гущей”, неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание.

Болен в течение 2-х месяцев, самостоятельно принимал но-шпу, папаверин, анальгин, баралгин, продолжал работать, однако улучшения не было. Когда появился черный стул и рвота, больной обратился за медицинской помощью в поликлинику и был экстренно госпитализирован. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3 - 4 раза в неделю, умеренно.

Объективно состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в мин. Грудная клетка с увеличением переднезаднего размера, перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, в нижне-боковых отделах ослабленное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык умеренно влажный, обложен беловатым налетом. Слизистая ротоглотки бледная, чистая. Миндалины не увеличены, Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная мышечная защита и значительная болезненность в пилорoduodenальной области, где определяется положительный симптом Менделя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 6 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Нервная система: патологических рефлексов нет. Сон нарушен из-за болей. Больной раздражителен, тревожен.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 35

Больная А., 49 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Болеет на протяжении нескольких месяцев, стала быстро уставать, снизился аппетит, стали беспокоить поносы; за последние полгода похудела на 8 кг. Несколько дней назад стала замечать зуд кожных покровов и их желтушность, в связи с чем обратилась к врачу.

Пять лет тому назад перенесла инфекционный гепатит. Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 2. Менструальный цикл не нарушен. Курит 3 – 5 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. Следы расчесов на коже туловища. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см, вес 64 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 22 в 1 мин. Перкуторный звук над легкими легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный, слизистая мягкого неба и уздечки языка с желтушным оттенком. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот увеличен в размерах, отмечается симметричное выбухание во фланках («распластанный живот»), окружность его на уровне пупка 140 см. На передней брюшной стенке выражены венозные коллатерали. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, определяется уплотнение в правом подреберье. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны. Печень выступает на 6 см из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотная, болезненная, край ее неровный. Размеры печени по Курлову 14-12-10 см. Перкуторно отмечается увеличение селезенки. Выявляются признаки асцита. Голени пастозны. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 36

Больной П., 53 лет, вызвал бригаду СМП в связи с приступом болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократной рвотой, расстройством стула (стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и каплями жира). Больной отмечает жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды. По «неотложной помощи» госпитализирован в стационар.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит по 15 – 20 сигарет в сутки. Периодически злоупотребляет алкоголем. Состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые

слизистые бледные, тургор кожи снижен. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 182 см, вес 74 кг. Отеков нет. ЧД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, частота 80 уд./мин, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ослаблены. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, миндалины не увеличены. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области, зоне Шоффара и, особенно, в левом подреберье. Также отмечается значительная болезненность при проникающей пальпации в точке Дежердена. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 37

Больная П., 31 года, обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7° С, тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью. Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, обследовалась амбулаторно. Не лечилась. Диету не соблюдала.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, повышенной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см, вес 85 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД 16 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 90 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/90 мм рт ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налетом, влажный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, бледно-розовая, миндалины не увеличены.

Живот увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика отсутствует, окружность живота на уровне пупка 120 см. При поверхностной пальпации живота выявляется диастаз прямых мышц живота, больная отмечает болезненность в правом подреберье. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в обычных зонах расположения, безболезненны. Нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка, при пальпации безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются.

Положительные симптомы Кера и Мерфи. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 38

Больная П., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на изжогу, чувство кома за грудиной, боль в нижней части грудины. Отмечает иррадиацию болей в спину, левое плечо, в левую руку. Из анамнеза болезни известно, что в течение 2-х лет больная обращалась в поликлинику по поводу вышеуказанных жалоб. Был поставлен диагноз стенокардии и больной рекомендовали принимать нитросорбид. Улучшения от назначенного лечения не было. В последнее время боли стали длительными, усиливаются в горизонтальном положении.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 3, родов 3. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (шейные и подчелюстные) не увеличены, безболезненные. Рост 158 см, вес 82 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет.

ЧД 18 в мин. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 78 в мин., одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 146/90 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, обложен серым налетом, слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот грушевидной формы, увеличен в размерах за счет ожирения, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка 132 см. При поверхностной пальпации живот мягкий, при глубокой пальпации в подложечной области выявляется интенсивная боль. Пальпация сопровождается появлением отрыжки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 39

Больной Ч., 53 лет, предъявляет с жалобы на боли в поясничной области ноющего характера, усиливающиеся утром после вставания и проходящие через 15-20 минут, вновь появляющиеся при ходьбе, перемене положения тела. Также беспокоят боли в эпигастрии после приема пищи, часто отмечает изжогу.

Боли в пояснице периодически беспокоят в течение нескольких лет. Появляются после переохлаждений, подъема тяжестей. Купируются самостоятельно или с помощью анальгетиков. Последнее обострение началось около месяца назад. В связи с высокой интенсивностью болей применял диклофенак 100 мг/сут. Боли в пояснице уменьшились, однако в течение последних дней стала беспокоить изжога, появились боли в эпигастрии, что заставило обратиться за медицинской помощью.

Страдает хроническим гастритом. Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовой окраски, чистые. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные и шейные) не увеличены. Рост 178 см, вес 80 кг. Число дыханий 16 в минуту, перкуторный звук над легкими легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 68 уд. в мин, ритмичный удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен желтым налетом, слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Болезненность при надавливании на остистые отростки 1-3 поясничных позвонков. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 40

Больной С., 52 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в верхних

отделах живота, чувство тяжести после приема пищи, рвоту съеденной пищей, приносящую облегчение, периодически – отрыжку «тухлым».

Более десяти лет страдает язвенной болезнью желудка. Обострения 2-3 раза в год. Неоднократно лечился в стационаре, с хорошим эффектом. Последнее обострение в течение 3-х недель. Сначала появились боли, затем присоединилось чувство тяжести и рвота. Госпитализирован для стационарного обследования и лечения.

Желтуху, малярию, тифы отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные и шейные) не увеличены, безболезненны. Рост 178 см, вес 67 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Над легкими перкуторный звук легочный, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, 68 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 110/70 мм рт.ст., тоны сердца звучные. Язык обложен серым налетом, суховат. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, чистая, миндалины не увеличены. Зубы санированы. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации болезненность в эпигастрии, здесь же выявляется шум плеска. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычного расположения. Большая кривизна желудка пальпируется на уровне пупка, болезненна при пальпации. Методом аускультоаффрикции нижняя граница желудка определяется также на уровне пупка. Печень пальпируется у края реберной дуги по правой среднеключичной линии, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 41

Больная М., 46 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на постоянную изжогу, усиливающуюся после приема пищи, при наклоне туловища, боли в эпигастрии, жжение за грудиной, под мечевидным отростком, изредка бывают затруднения прохождения пищи, рвота.

В течение многих лет страдает хроническим гастритом. Обострения 1-2 раза в год. Лечится обычно амбулаторно, с хорошим эффектом. В течение последних 2-х недель на фоне постоянной изжоги появились боли в эпигастрии, затруднения при глотании, однократная рвота.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 171 см, вес 68 кг. Молочные железы визуально

не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 15 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 65 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен белым налетом, влажный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. При глубокой пальпации отделы толстого кишечника пальпируются в зонах обычной топографии, безболезненны, при пальпации большой кривизны и эпигастриальной области отмечается болезненность. Большая кривизна желудка пальпируется на 3 см выше пупка. Мышечного дефанса, симптомов раздражения брюшины нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Размеры ее по Курлову 9 – 8 – 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 42

Больная И., 47 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией за грудину, усиливающиеся после приема пищи в виде приступов, отрыжку воздухом, тошноту, сухость во рту.

Боли в правом подреберье впервые появились 4 года назад. По этому поводу лечилась в стационаре. В последующем при появлении болей за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно но-шпой, аллохолом. Последнее ухудшение около недели.

Желтуху, малярию, тифы отрицает. Кровь не переливали, травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 160 см, вес 66 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД – 18 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 78 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык обложен серо-белым налетом с коричневатым оттенком в области спинки, суховат. Слизистая ротоглотки бледно-розового цвета, чистая, миндалины не увеличены, зубы санированы. Живот обычных размеров, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в правом подреберье, положительны симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Также выявляется положительный симптом Георгиевского – Мюсси. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 43

Больной Т., 48 лет, жалуется на слабость, утомляемость, снижение работоспособности, боли в эпигастрии и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и физической нагрузки, снижение аппетита, носовые кровотечения.

Больным себя считает около 2-х месяцев, когда появились и стали нарастать слабость, утомляемость, снижение веса. Несколько дней тому назад окружающие заметили желтушность склер и кожи. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью по данному поводу обратился впервые.

Туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. Перенес вирусный гепатит. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 20 сигарет/сут., алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, склеры иктеричны. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см., вес 60 кг. Отеки стоп и нижней трети голеней. Число дыханий в минуту 16. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 83 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, в области спинки обложен небольшим количеством серого налета с коричневатым оттенком. Слизистая мягкого неба желтушной окраски. Зубы санированы. Живот увеличен в объеме, симметричен, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации безболезненный. Перкуторно в боковых отделах живота притупление, смещающееся при повороте больного на бок. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, при пальпации чувствительная, поверхность неровная, консистенция плотная. Размеры по Курлову 16 – 12 – 10 см. В положении лежа на правом боку селезенка пальпируется на 3 см ниже левой реберной дуги, закругленная, безболезненная. Перкуторно размеры селезенки: продольный – 12 см, поперечный – 8 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 44

Больная Б., 28 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, частые головные боли, периодически приступообразные боли в правом подреберье. Из анамнеза выяснено, что плохое самочувствие беспокоит ее с юношеских лет, особенно ухудшалось после простуды, когда долго не могла восстановить работоспособность, в эти же периоды окружающие обращали внимание на желтушность кожи и склер пациентки. Мать здорова, отец умер («была больна печень – желтуха, низкий гемоглобин»), сестер и братьев нет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты ранее не отмечала. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл не нарушен.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура – 36,6°C. Кожные покровы и слизистые бледно-желтушные, чистые, повышенной влажности. Высокое небо, удлинённый череп. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 68 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 96 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, слегка болезненная, определяется также выраженная болезненность в зоне проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Кера. Селезенка пальпируется на 12 -14 см ниже реберной дуги, немного болезненная, плотная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Больной З., 42 лет, поступил в стационар с жалобами на интенсивные постоянные боли в верхней трети живота, тошноту, рвоту съеденной пищей.

Подобные симптомы беспокоят в течение последних 3 лет, периодически усиливаясь несколько раз в год, иногда провоцируются употреблением жирной, жареной, острой пищи, иногда без видимых причин. Боли купируются приемом спазмолитиков, анальгетиков. Последнее ухудшение в течение 3-х дней после обильного ужина. Обычная тактика эффекта не дала, симптомы сохранялись. Обратился за медицинской помощью.

Желтуху, туберкулез, малярию, тифы, вен. заболевания отрицает. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сут, тромбо-асс. АД контролирует не регулярно, обычные цифры – 140-150/90-100 мм рт.ст. Кровь не переливали, травм, операций не было. Курит около 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективно. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые. Выявляется умеренная иктеричность склер. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, шейные) не увеличены, безболезненные. Рост 175 см, вес 67 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 78 уд. в мин, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в V межреберье по средней ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, слизистая ротоглотки розовая, чистая. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявляется болезненность в эпигастрии и в зоне Шоффара. Гиперестезия кожи ниже угла левой лопатки на уровне X-XII ребер. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, уплотнена, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих

сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

Эндокринология

№ 45

Больной С., 43 лет, обратился в поликлинику с жалобами на снижение тембра голоса, невнятную речь, ощущение, что «язык не помещается в ротовой полости», снижение слуха, прибавку веса, запоры, сонливость. Из анамнеза: заболел после травмы шеи во время автокатастрофы. Симптомы появлялись постепенно: потерял интерес к жизни, прекратил заниматься делами фирмы, владельцем которой он является, перестал общаться с родственниками и друзьями, постоянно зябнет. Отмечает повышенную сонливость в течение всего дня.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Мать страдает ожирением III ст.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Лицо «одутловатое», амимичное, кожа желтовато-бледная, холодная, сухая. Волосы тусклые, редкие. Язык увеличен в размерах, бледный, по краям - отпечатки зубов. На вопросы отвечает невнятно. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 176 см, вес 105 кг. Отеков нет. ЧД 12 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 54 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 90/65 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 46

Больная Н., 52 лет жалуется на слабость, жажду, вагинальный зуд, учащенное мочеиспускание, плохое заживление ран и царапин, парестезии кожи стоп и голеней, снижение массы тела на 8 кг. Ухудшение состояния в течение трех последних лет. Из анамнеза известно, что 18 лет назад родила ребенка весом 5,2 кг. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менопауза с 43 лет. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать и сестра страдают артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие, ксантома; на коже под молочными железами участки опрелости. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 156 см, вес 94 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 170/95 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 47

Больная З., 52 лет, обратилась к терапевту с жалобами на одышку при физической нагрузке, чувство дискомфорта в области шеи, перебои в работе сердца, отеки ног, эмоциональную неустойчивость, тремор рук, повышение температуры тела до 37,3°C, похудание на 12 кг за последний год, чувство «песка» в глазах, слезотечение.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, влажные. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Отмечается симметричный мелкий тремор кистей рук, акроцианоз, губ, отечность в области голеней и стоп. Рост 172 см, вес 56 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 18 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких

выслушиваются единичные влажные хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 115 в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения. АД 165/70 мм рт.ст. Левая граница сердца – относительной сердечной тупости смещена на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см по средней ключичной линии, болезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена до III степени, безболезненная, эластичная, не спаяна с окружающими тканями.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 48

Больной У., 62 лет поступил в стационар с жалобами на жажду, полиурию, сонливость, судороги, слабость в конечностях. В приемном отделении больной потерял сознание.

Со слов жены, состояние пациента ухудшалось в течение последних 5-6 дней, когда с целью снижения АД и периферических отеков самостоятельно начал принимать фуросемид по 1-2 таблетки в день. Болен сахарным диабетом 7 лет, для нормализации гликемии принимает манинил по 5 мг 2 раза в день, не регулярно, периодически нарушает предписанную врачом диету, контролирует гликемию 1 раз в 2-3 месяца. Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты. Травм, операций не было. Мать страдает ишемической болезнью сердца.

При осмотре общее состояние тяжелое. Больной не открывает глаза, не отвечает на звуковые и болевые раздражители. Отмечается выраженная сухость кожи и слизистых, тонус глазных яблок снижен, зрачки сужены, слабо реагируют на свет, двусторонний спонтанный нистагм, выявляются симптомы Бабинского и Россолимо. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены. Рост 178 см, вес 99 кг. Пастозность голеней. ЧД 21 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 110 в 1 мин., экстрасистолия. АД 90/70 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, олигоурия. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность

назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)

10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 49

Больной К., 32 лет поступил в хирургическое отделение по скорой помощи с диагнозом «острый живот». При осмотре в приемном отделении основные жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту сразу после еды, слабость. Состояние ухудшалось в течение 5-6 дней, когда появились жажда, полиурия и выраженная слабость.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Из анамнеза страдает хроническим панкреатитом.

При осмотре: состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое, шумное с запахом ацетона, зрачки сужены. Кожа бледная, сухая, тургор ее значительно снижен, видны участки расчесов, трофические изменения в области голеней. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 166 см, вес 58 кг. Отеков нет. ЧД 13 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах. Край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Селезенка на пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).

2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)

3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).

4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).

5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).

8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).

9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)

10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 50

Больной Е., 29 лет, обнаружен без сознания в 9 ч 30 мин, была вызвана «Скорая помощь». Жена сообщила, что он в течение 14 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа, курит. Осуществляет плановую инсулинотерапию с помощью шприцов - ручек: 8 ЕД новорапида и 10 ЕД протафана в 8 часов утром, 6 ед новорапида в обед, 4 ЕД новорапида и 8 ЕД протафана в 18 часов вечером. Утром за завтраком больной съел яйцо, выпил 1 стакан кефира и вместе с семьей поехал на дачный участок,

где занимался посадкой деревьев. Из анамнеза - около 2-х лет назад лечился в инфекционном отделении по поводу острого вирусного гепатита. Наблюдался диспансерно. Через год диагностировано выздоровление. Ухудшение в состоянии в течение месяца после ОРВИ, перенесенной на ногах.

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажная, мышечный тонус повышен, судорожные подергивания мышц, зрачки узкие, на свет реагируют. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 172 см, вес 63 кг. Отеков нет. ЧД 16 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются немногочисленные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 105 в 1 мин., ритмичный, пониженного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги, при пальпации поверхность гладкая, плотноватая. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 51

Больная О., 32 лет, жалуется на резкий подъем артериального давления после занятий в спортивном клубе, сопровождающийся психоэмоциональным возбуждением, болями в животе, «ознобом», потливостью, сердцебиением.

Из анамнеза: подобные приступы возникали 3 раза за последние полгода, продолжались 20-30 минут, проходили самостоятельно.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Курит с 20 лет. Мать и сестра страдают артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Отец умер от инфаркта миокарда в 45 лет.

При осмотре врачом «Скорой помощи» состояние средней тяжести, больная возбуждена, отмечает чувство страха, зрачки расширены. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, горячие, выраженные потливость и тремор. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 169см. Вес 57кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД=20 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 140 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 190/100 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 0,5 см в V межреберье. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, определяется усиленная

перистальтика, болезненный без четкой локализации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется. Попытки снизить артериальное давление с помощью инъекций антагонистов кальция и бета-блокаторов оказались безрезультатными. Больная доставлена в терапевтическое отделение. Через 1,5 часа приступ закончился самостоятельно обильным мочеиспусканием.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 52

Больной Л., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на снижение зрения, головные боли, повышенную потливость, жажду, полиурию, выделения из увеличенных молочных желез, увеличение размера обуви на 3 размера, одышку при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза: заболел постепенно, в течение 3 лет нарастают жажда, полиурия, головная боль, отделяется молозиво из молочных желез, увеличивается масса тела. Окружающие отмечают значительное изменение его внешнего облика, включая огрубение черт лица. Мать страдает сахарным диабетом.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре больной выглядит старше своего возраста. Обращают на себя внимание крупные черты лица, диастемы между зубами, широкие кисти рук. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, утолщены, повышенной жирности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 186см, вес 99кг. Молочные железы визуально увеличены, при пальпации уплотнений не выявлено, отделяется молозиво. Отеков нет. ЧД 19 в 1 минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 90 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 180/110 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 3 см, плотная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, эластичная, безболезненная.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 53

Больной Д., 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокое артериальное давление, постоянные головные боли и одышку при обычной физической нагрузке, перебои в работе сердца, приступы резкой мышечной слабости, периодически возникающие судороги конечностей, жажду и никтурию.

Из анамнеза: заболел постепенно, в течение нескольких лет развивалась одышка и головная боль. Состоит на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни. Лечится ингибиторами ангиопревращающего фермента, антагонистами кальциевых каналов и β -адреноблокаторами. Эффекта от лечения не отмечает.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 1 пачку сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, отей перенес инсульт в возрасте 53 лет.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 180 см, вес 78 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 80 в 1 мин., аритмичный, резистентный. АД 180/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 1 см в V межреберье. Тоны сердца приглушены, чистые выявляются 2-3 экстрасистолы за 1 минуту. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 54

Больная Ж., 43 лет, обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на повышение

артериального давления, прибавку массы тела на 23 кг за 2 года, постоянные головные боли и боли в костях, нарушения менструального цикла, полосы растяжения на коже бедер, ягодиц, молочных желез, избыточный рост волос на лице, предплечьях и голени, жажду, полиурию.

Из анамнеза: заболела после родов, признаки заболевания нарастали постепенно в течение 3–х лет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл 40–46 дней. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Обращает на себя внимание «лунообразное» лицо, избыточное отложение жира по «верхнему» типу при относительно тонких конечностях; на животе и бедрах – широкие, атрофичные багровые полосы растяжения, рост волос на лице (усы, борода), по средней линии живота, на внутренней стороне бедер, вокруг ареол сосков. Пальпируемые лимфоузлы (подчелюстные, затылочные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Рост 162 см., вес – 105 кг. Отеков нет. ЧД 20 в 1 мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, частота – 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 175/110 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена влево на 2 см в V межреберье от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

Гематология

№ 55

Больной Ц., 22 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, потливость, головокружения, боли ноющего характера в верхней части живота, тошноту после еды, кровоточивость десен и образование “синяков” на голени.

Указанные жалобы появились около двух недель назад, постепенно нарастали, по поводу чего пациент обратился в поликлинику к участковому терапевту. При анализе крови, сделанном в поликлинике, была выявлена анемия и лейкопения. В течение последнего полугодия отмечает частые простудные заболевания. Накануне госпитализации у больного был обморок. Боли в животе беспокоят около полугодя, чаще возникающие натощак или при длительных промежутках между приемами пищи.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные

препараты ранее не отмечал. Не курит, алкоголь не употребляет. Наследственность не отягощена. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура – 37,2С. Кожные покровы бледные, на коже ног определяются многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Десны кровоточат. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Рост – 170 см, вес – 67 кг. Отеков нет. ЧД – 24 в минуту, одышка смешанного характера. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 96 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца приглушены. АД – 80/60 мм рт.ст. Слизистые полости рта бледные, язык обложен бело-серым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно безболезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к жидкому. Мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 56

Пациентка У., 64 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в грудном, поясничном отделах позвоночника, периодически отмечает кровоточивость десен, беспокоит слабость, головокружение, одышка при ходьбе, повышение температуры до 37°С, снижение массы тела на 3 кг в течение 2-х месяцев, сухость во рту, периодические сжимающие боли в области сердца, подъемы АД до 160-170/80-90 мм рт. ст.

Из анамнеза: впервые боли в позвоночнике появились полгода назад, лечилась в поликлинике у невролога с диагнозом остеохондроз без эффекта. Ухудшение самочувствия в течение последней недели: боли в позвоночнике усилились, стала повышаться температура. Страдает гипертонической болезнью с 48 лет, постоянно принимает антигипертензивные препараты. У мамы была гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Климакс с 50 лет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Выявляется болезненность по ходу остистых отростков в грудном и поясничном отделах позвоночника. Рост – 167 см, вес – 78 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голеней. ЧД 18 в минуту. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 86 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 160/80 мм.рт.ст. Левая граница сердца – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона над аортой, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на +1,5 см из-

под края правой реберной дуги, край ровный, безболезненный, плотно-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется на 2,0 см из-под левой реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 57

Больной В., 19 лет, госпитализирован с жалобами на головные боли, жжение лица, носовые кровотечения, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость, слабость в нижних конечностях, чувство жжения в руках, одновременно с онемением, болью и судорогами в мышцах ног. В течение последних 5 лет предъявлял жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. За медицинской помощью не обращался. Отрицает курение, употребление алкоголя, хронические заболевания. Около 3-х месяцев стал отмечать повышение АД, появились носовые кровотечения, онемение, слабость в нижних конечностях, судороги при физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Отмечается хорошее развитие мышц плечевого пояса и относительно слабое развитие мышц нижних конечностей. На поверхности грудной клетки, на стенках живота видна пульсация артерий. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Акроцианоз отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно. Частота дыхательных движений 19 в минуту. При сравнительной перкуссии - ясный лёгочный звук на симметричных участках. Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: Пульс асимметричен, на правой лучевой артерии более полного наполнения, напряженный. На нижних конечностях пульсация ослаблена. ЧСС 88 уд/мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках аускультации с эпицентром во II межреберье слева у края грудины, проводится на заднюю поверхность грудной клетки в межлопаточное пространство. Акцент II тона над аортой. АД 180/80 мм рт. ст. на обеих руках, а на нижних конечностях - 130/80 мм рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеки голеней.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).

7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 58

Больная Л., 30 лет, поступила в стационар по СМП из роддома с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 38,0 °С, появление синяков на туловище и конечностях, маточное кровотечение.

Женщина страдала в период беременности нефропатией, находилась под наблюдением акушеров. В раннем послеродовом периоде началось кровотечение. Проведено ручное обследование полости матки, введен этамзилат натрия 12,5% – 5,0 в/в, эритроцитарной массы в объеме 250 мл. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь ранее не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструации с 12 лет, в течение 5-7 дней, обильные. Беременностей – 2: первая мед. аборт, 2-данная.

При поступлении общее состояние тяжелое, сознание ясное. Температура 37,8 °С. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие. На коже голеней, бедер, живота множественные петехии и экхимозы. Одутловатость лица и век. Положительные симптомы жгута и щипка. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 70 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность голеней. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный с частотой 105 ударов в минуту, слабого наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке. На слизистых ротовой полости единичные геморрагические элементы в диаметре до 2-3 мм. Язык обложен сероватым налетом у корня. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 59

Больная И., 42 лет, жалуется на нарастающую общую слабость, шаткую походку, жжение в языке, кончиках пальце рук и ног, снижение аппетита, болезненность в поясничной области. Ухудшение в состоянии отмечает в течение 1 месяца. С вышеперечисленными жалобами обратилась к

участковому терапевту, где при обследовании в общем анализе крови были выявлены изменения, по поводу чего была госпитализирована на обследование и лечение.

В анамнезе – хронический гастрит, хронический пиелонефрит. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, бледные с желтушным оттенком. Иктеричность склер. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост – 165 см, вес – 54 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки нижних конечностей до средней трети голени (к вечеру нарастают). ЧД 14 в мин. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный с частотой 96 уд./мин, удовлетворительно наполнения, не напряжен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца: I тон на верхушке ослаблен, во всех точках аускультации сердца выслушивается мягкий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Размеры печени по Курлову 10-9-7 см. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 3,0 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Моча и кал ярко окрашены. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 60

Больная Т., 27 лет вызвала на дом участкового врача по поводу нарастающей общей слабости и беспричинного появления синяков на теле на протяжении двух недель. Последние три дня беспокоят потрясающие ознобы с повышением температуры тела до 39° С, также отмечает головокружения, боли ноющего характера в верхней части живота, тошноту после еды, похудание около 1 кг за данный срок.

Из анамнеза: указанные жалобы появились около двух недель назад, постепенно нарастали, по поводу чего пациентка обратилась в поликлинику к участковому терапевту, где при обследовании была выявлена анемия и лейкопения. В течение последнего полугодия отмечает частые простудные заболевания. Боли в животе беспокоят около полугодя, чаще возникающие натощак или при длительных промежутках между приемами пищи. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает.

Беременностей – 1, роды – 0, медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность неотягощена.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура – 37,8С. Кожные покровы бледные, на коже голени, предплечий, туловища – множество петехий и экхимозы разных сроков давности. Пальпируемые лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Рост – 167 см, вес – 53 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеки нижних конечностей до средней трети голени (к вечеру нарастают). ЧД 22 в мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 96 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 80/60 мм рт.ст. Левая граница сердца определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Во всех точках аускультации сердца, мягкий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область. Слизистые полости рта бледные, язык обложен бело-серым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неоформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 61

Больная Б., 48 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на нарастающую общую слабость и появление красно-синюшной окраски кожных покровов, боли в костях, подъемы АД до 180/100 мм рт.ст., головные боли. Около двух лет наблюдалась у дерматолога по поводу упорного кожного зуда. Лечилась антигистаминными препаратами без эффекта.

Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 4, родов – 2, медицинских абортов – 2, менопауза с 48 лет. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отягощена: отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, у матери – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы гиперемированы. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост 164 см, вес 85 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Определяется пастозность голени. ЧД 18 в мин. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 82 в мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 170/95 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 2,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона над аортой, ритм правильный. Слизистые ротовой полости чистые. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень

пальпируется на +1,5 см из-под края правой реберной дуги, край ровный, безболезненный, плотно-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется на 4,0 см из-под левой реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 62

Больная У., 50 лет, в течение 2-х недель отмечает нарастающую общую слабость, повышение Т до 38-39°C, боли в костях, появление синяков на коже, отсутствие аппетита, похудание, изжогу. До этого лечилась амбулаторно по поводу ангины. Была выписана к труду, проработала в течение недели и обратилась вновь к участковому терапевту с данными жалобами, по поводу чего и была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангинами. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена. Не курит, алкоголь не употребляет.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Т - 39° С. Кожные покровы и слизистые бледные, с множественными геморрагическими элементами разного диаметра от 3 до 15 мм. Пальпируются шейные лимфатические узлы в диаметре до 1,5 см, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Подкожно-жировая клетчатка развита не достаточно. Рост – 165 см, вес – 50 кг. Отеков нет. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. ЧД 20 в минуту. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках с частотой 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень не пальпируется. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край безболезненный, плотноватой консистенции. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).

6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 63

Больная Н., 37 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, плохой аппетит, желание есть мел, ломкость ногтей, периодически отмечает боли в эпигастральной области, изжогу, тошноту, сердцебиение и одышку при умеренных физических нагрузках. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Хронические заболевания отрицает. Гепатитом, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Слизистые бледно-розовые, чистые. В углах рта определяются заеды. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 164 см, вес – 52 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту. Над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД – 100/60 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, определяется систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 64

Больная Ш., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, потливость, подъемы температуры до 38-39⁰ С, кровоточивость десен и образование “синяков” на коже конечностей, периодические боли в эпигастрии, тошноту.

Из анамнеза: указанные жалобы появились две недели назад, постепенно нарастали. В общем

анализе крови, сделанном в поликлинике, выявлены анемия и лейкопения. Накануне госпитализации у больной был обморок.

Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, венерическими заболеваниями не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менструальный цикл не нарушен.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура – 38°C. Кожные покровы бледные, на коже рук и ног определяются многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Рост – 168 см, вес – 62 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 23 в минуту, одышка смешанного характера. Границы легких – в норме, над всей поверхностью легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, с частотой 96 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, ненапряжен. АД – 90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены. В ротовой полости на слизистой щек определяются множественные геморрагии. Десны кровоточат и инфильтрированы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижении трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

№ 65

Больной Ф., 42 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, потливость. Отмечает увеличение размеров шеи в течение последнего месяца. Беспокоит также кашель с отделением мокроты, усиливающийся в утренние часы, периодические подъемы АД до 140-160/80-90 мм рт.ст., головные боли.

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость отмечает около 4-5 месяцев, кашель беспокоит последние 2 года, в последнее время усилился с отделением мокроты в большем количестве. Часто бывают ОРВИ, herpes nasalis/labialis. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю по 100-150 мл водки. Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, умеренной влажности. Пальпируются передние и задние шейные лимфатические узлы диаметром 2,5 – 3,0 см, подмышечные диаметром до 3,5 - 4,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Рост – 178 см, вес – 76 кг. Отеков нет. ЧД – 22 в минуту. Перкуторный звук легочный. При аускультации дыхание с жестким оттенком, выслушиваются с двух сторон разрозненные сухие хрипы. Пульс одинаковый на обеих

руках, 84 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Тоны сердца звучные. АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 6,0 см, край ровный, безболезненный, эластичной консистенции. Стул и мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние больного, поставьте предварительный диагноз (ОПК-4.1, ПК-1.1).
2. Назначьте дополнительное обследование для установления диагноза (ОПК-4.2, ПК-1.1)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4.2, ПК-1.1).
4. Сформулируйте клинический диагноз (ОПК-4.3, ПК-1.1).
5. Определите тактику ведения, составьте план лечения, оцените безопасность назначенного лечения (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ПК-1.2).
6. Организуйте при необходимости процесс оказания экстренной медицинской помощи, примените лекарственные препараты (УК-3.2, ОПК-5.2, ПК-1.2).
7. Определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленное данным заболеванием (ПК-1.4).
8. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-1.3).
9. Назовите документы, которые должен оформить медицинский персонал (УК-3.1, ОПК-9.2)
10. Назовите обязанности и меры безопасности медицинского персонала, участвующего в оказании помощи пациенту (ПК-2.1, ПК-2.2).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Ивановский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Приложение 2

**к рабочей программе практики
«НИР»**

Индивидуальное задание на производственную практику

«Научно-исследовательская работа»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач – терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.3

Индивидуальное задание для выполнения в период производственной практики
«Научно-исследовательская работа»

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Направление подготовки _____

Направленность _____

Год обучения _____

Кафедра _____

Руководитель практики от Ивановского ГМУ (научный руководитель)

(должность, кафедра, Ф.И.О. научного руководителя)

Задание	Сроки выполнения
Выбрать тему исследования	
Определить цели исследования, дизайн исследования	
Изучить специальную литературы и другую научную информацию о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний	
Работа с обследуемыми. Работа с источниками информации, в том числе с базами данных, нормативными актами, медицинской документацией; статистическая обработка полученных данных; описание результатов	
Оформить НИР в виде письменной работы, подготовить презентацию и доклад для защиты	
Защита НИР (выступить на заседании кафедры с презентацией по результатам работы)	

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись научного руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 1

**к рабочей программе практики
«НИР»**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной практике
*«Научно-исследовательская работа»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.49 Терапия

Направленность: Терапия

Присваиваемая квалификация: Врач – терапевт

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.О.3

1. Паспорт ОС по производственной практике «НИР»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции	Этапы формирования
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Критически и системно анализирует достижения в области медицины. УК-1.2 Определяет возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации.	2 год обучения
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Разрабатывает проект. УК-2.2 Реализовывает проект. УК-2.3 Управляет проектом.	2 год обучения
ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Использует информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности ОПК-1.2 Соблюдает правила информационной безопасности	2 год обучения
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации	2 год обучения
ПК-4 Способен к участию в научно-исследовательской деятельности	ПК-4.1 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность. ПК-4.2 Составляет отчеты в профессиональной деятельности.	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Код компетенции	Код индикатора достижения компетенции	Контролируемые результаты обучения	Виды оценочных средств	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
УК-1	УК-1.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - виды научных источников информации; - способы оценки научных источников информации <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и оценивать информацию научных источников <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» 	Письменная работа, презентация, доклад	Зачет с оценкой, 2 год обучения
	УК-1.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормы международного права, основные положения нормативно-правовых документов Российской Федерации, регулирующих научно-исследовательскую деятельность, а также работы по практическому использованию и внедрению результатов исследований; - организацию работы по практическому использованию и внедрению результатов научных медицинских исследований <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать медицинские вмешательства соотношения затрат и достигнутого результата; - осуществлять синтез доказательств эффективности и безопасности медицинского вмешательства собственным клиническим опытом и опытом пациента <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками клинико-экономического анализа; - навыками соединения найденных 		

		доказательств с собственным клиническим опытом и конкретными обстоятельствами		
УК-2	УК-2.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сущность научно-исследовательской деятельности; - этапы научного исследования и их содержание; - алгоритм составления монографического и обзорного реферата; - варианты дизайна научного исследования <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы; - планировать научное исследование; - составлять анкету для сбора данных; - создавать электронную базу данных <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками составления вопросов анкеты 	Письменная работа, презентация, доклад	Зачет с оценкой, 2 год обучения
	УК-2.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этапы научного исследования и их содержание; - сущность ошибок в результатах научного исследования и причины их появления <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять отчет о своей работе; - заполнять документацию, в том числе в форме электронного документа; - составлять монографический и обзорный реферат по теме исследования <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования выборки с применением различных методов; - навыками применения простейших способов рандомизации при формировании групп сравнения; - навыками расчета и оценки комплекса показателей по итогам наблюдательного (когортного) исследования; - навыками расчета и оценки комплекса показателей по итогам экспериментального исследования 		
	УК-2.3	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - особенности научного текста и требования к его оформлению; - способы представления научных результатов <p>Уметь:</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> - анализировать связь признаков; - анализировать динамику явления; - предвидеть появление ошибок в результатах научного исследования и принимать меры для их минимизации <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками оформления научного текста; - навыками определения типа числовых данных; - навыками выбора оптимального способа представления числовых данных 		
ОПК-1	ОПК-1.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать текстовый и графический редакторы для представления результатов исследования; - создавать презентацию к докладу о результатах исследования; - создавать электронную базу данных; - проводить статистический анализ данных <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» 	Письменная работа, презентация, доклад	Зачет с оценкой, 2 год обучения
	ОПК-1.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работать с персональными данными лиц, в отношении которых исследование, и сведениями, составляющими врачебную тайну; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» 		
ОПК-9	ОПК-9.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - способы представления числовой информации 	Письменная работа, презентация	Зачет с оценкой, 2 год

		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - представлять медико-статистические показатели для отчета о деятельности медицинской организации; - анализировать показатели смертности; - анализировать способы представления числовых данных с точки зрения быстроты восприятия, объема данных, логичности <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами статистической обработки данных 	ция, доклад	обучения
ПК-4	ПК-4.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - организацию работы по практическому использованию и внедрению результатов научных медицинских исследований <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы; - планировать научное медицинское исследование; - составлять анкету для сбора данных; - создавать электронную базу данных <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами статистической обработки данных 	Письменная работа, презентация, доклад	Зачет с оценкой, 2 год обучения
	ПК-4.2	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - особенности научного текста и требования к его оформлению; - способы представления научных результатов; - способы представления числовой информации <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - представлять медико-статистические показатели для отчета о деятельности медицинской организации; - составлять отчет о своей работе <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками оформления научного текста 		

В качестве основной формы отчетности по научно-исследовательской работе устанавливается письменная работа, которая оформляется в соответствии с ГОСТ Р 7.0.11 – 2011, ГОСТ 7.1.-2003, ГОСТ 7.82-2001.

Основные разделы письменной работы:

1. Титульный лист
2. Содержание
3. Введение (актуальность, цели, задачи, объект и предмет исследования)
4. Обзор литературы
5. Материалы и методы исследования
6. Результаты собственных исследований
7. Выводы и практические рекомендации
8. Список литературы

Объем письменной работы – не менее 30 страниц печатного текста.

Оценка за аттестацию по производственной практике «Научно-исследовательская работа» складывается из оценок:

- научного руководителя за письменную работу;
- за качество устного доклада;
- за качество электронной презентации, иллюстративного материала и т.д.;
- за глубину и точность ответов на вопросы, замечания и рекомендации во время защиты работы;

Критерии оценки письменной работы научным руководителем:

- «отлично» - оформление и структура работы полностью соответствуют требованиям рабочей программы производственной практики, цель исследования соответствует теме, а задачи - цели исследования, сформулированы объект и предмет исследования, имеется статистически достоверная обработка результатов исследования, выводы отражают поставленные задачи, сформулированы рекомендации;
- «хорошо» - письменная работа удовлетворяет тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но имеются некоторые замечания по оформлению и по содержанию, которые обучающийся исправляет самостоятельно;
- «удовлетворительно» - имеются замечания к оформлению и структуре письменной работы, к содержанию работы, что требует доработки, но поставленная тема в основном раскрыта;
- «неудовлетворительно» - оформление и структура письменной работы не соответствуют требованиям рабочей программы производственной практики, содержание работы не раскрывает тему и требуется полная переработка материала.

Критерии оценки за качество устного доклада:

- «отлично» - ординатор свободно владеет материалом, излагает его последовательно и доступно, с использованием необходимой специальной терминологии;
- «хорошо» - ординатор владеет материалом, но допускает некоторые ошибки, которые исправляются самостоятельно;
- «удовлетворительно» - ординатор не достаточно полно владеет материалом, излагает его непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении;
- «неудовлетворительно» - ординатор не владеет материалом, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Критерии оценки за качество электронной презентации, иллюстративного материала и т.д:

- «отлично» - презентация и иллюстративный материал наглядно и статистически достоверно отражают ход исследования и результаты исследования;
- «хорошо» - презентация и иллюстративный материал удовлетворяют тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются самостоятельно;
- «удовлетворительно» - презентация наглядна, но отсутствует статистически достоверное отражение хода исследования и результатов исследования;
- «неудовлетворительно» - отсутствие презентации и иллюстративного материала.

Критерии оценки за глубину и точность ответов на вопросы, замечания и рекомендации во время защиты работы:

- «отлично» - ординатор дает развернутый ответ, который представляет собой связанное, логичное, последовательное раскрытие поставленного вопроса, освещение различных научных связанных с ним концепций, знание литературы вопроса;
- «хорошо» - ординатор дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает некоторые ошибки, которые исправляет самостоятельно;
- «удовлетворительно» - ординатор отвечает на вопрос неполно и допускает неточности в ответе;
- «неудовлетворительно» - ординатор обнаруживает незнание при ответе на большую часть вопросов