

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«25» февраля 2025 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б2.О.01(П) Производственная практика (клиническая)
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.36 Кардиология
Квалификация	Врач-кардиолог
Форма обучения	Очная

Оценочные материалы по производственной практике (клиническая практика)

Освоение производственной практики (клиническая практика) направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 - Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-4 - Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

ОПК-1 - Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

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-4 - Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5 - Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

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-7 -Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8 - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9 - Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

1. Компоненты контроля и их характеристика

Текущий контроль осуществляется руководителем практики, который контролирует: - выполнение индивидуального плана-задания,

- правильность ведения отчетной документации по практике,
- соблюдение ординатором всех правил и норм поведения на рабочем месте, - освоение программы практики в рамках заявленных компетенций.

Промежуточная аттестация

- завершающий этап прохождения практики,
- проводится в форме зачета/экзамена (защита отчета по практике), - осуществляется в двух направлениях:

= оценка результатов обучения по практике;

= оценка сформированности компетенций в рамках практики.

2. Шкалы и процедуры оценивания.

2.1. Заключение руководителя практики о реализации запланированных результатов обучения по практике и сформированности компетенций в рамках программы практики (далее – заключение руководителя практики)

Критерии заключения:

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, индикаторы достижения компетенций проявлены, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, освоены и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках освоения программы практики сформированы.

- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, индикаторы достижения компетенций не проявлены, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках освоения программы практики не сформированы.

3.2. Форма промежуточной аттестации – зачет/экзамен

3.3. Процедура оценивания – собеседование

3.4. Шкалы оценивания результатов обучения соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках раздела (ов) практики

Форма промежуточной аттестации – Зачет

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
«Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенция сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, сформированы и подкреплены теоретическими знаниями.	Компетенция в рамках раздела практики сформирована. Большинство требований в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.
«Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенция не сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.	Компетенция в рамках раздела практики не сформирована. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

Форма промежуточной аттестации – Экзамен

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Отлично	- положительное заключение руководителя практики, - глубокое и прочное освоение материала программы практики, - исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное применение	Компетенция сформирована. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к

	<p>материалов программы практики,</p> <ul style="list-style-type: none"> - способность тесно увязывать теорию с практикой, - свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении, - использование при ответе опыта практической деятельности, - правильное обоснование принятого решения, - исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач. 	<p>освоению компетенции, выполнены.</p> <p>Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.</p>
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> - положительное заключение руководителя практики; - твердое знание материала программы практики, грамотное, без существенных неточностей в ответах его применение; - правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении задач; - владение необходимыми навыками и приемами их выполнения. 	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует значительное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены.</p> <p>Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.</p>
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> - положительное заключение руководителя практики; - освоение только основного материал без детализации; - неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах; - затруднения при выполнении практических работ. 	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Большинство требований в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.</p> <p>Несамостоятелен при использовании</p>

		теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.
Неудовлетворительно	Выставляется обучающемуся, который имеет отрицательное заключение руководителя практики хотя бы по одному разделу.	Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

При оценке «Неудовлетворительно» хотя бы в рамках одной компетенции выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

При отрицательном заключении руководителя практики хотя бы по одному разделу или отсутствию отчета по практике выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

Вопросы к собеседованию (защите отчета по практике):

1. Сердечно-сосудистый континуум. Профилактика хронической сердечной недостаточности и ССС.
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Понятие о сердечно-сосудистом риске, его оценка и тактика вмешательства в зависимости от категории риска.
3. Внезапная смерть. Определение. Этиопатогенез. Сердечно-лёгочная реанимация .
4. Атеросклероз. Этиология и патогенез. Факторы риска. Клинические проявления. Лабораторная диагностика атерогенных дислипидемий. Инструментальная диагностика атеросклероза .
5. Нарушения липидного обмена: первичные (семейная гиперхолестеринемия) и вторичные (метаболические, гормональные, при заболеваниях почек, печени и желчного пузыря, алиментарные, ятрогенные). Алгоритмы диагностики семейной гиперхолестеринемии. Общие принципы ведения и лечения больных с СГХС. Терапевтическая тактика при вторичных дислипидемиях .
6. Немедикаментозное и медикаментозное лечение атерогенных дислипидемий .
7. Атеротромбоз, его клинические проявления. Тромбоэмболические осложнения при сердечно-сосудистых заболеваниях. Антитромботическая терапия (антитромбоцитарные препараты, антикоагулянты) в различных клинических ситуациях (ИБС, пороки сердца, фибрилляция предсердий и т.д.) .
8. ИБС. Эпидемиология и факторы риска. Классификация, клиника и диагностика хронической ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).
9. Дифференциальная диагностика синдрома болей, дискомфорта в грудной клетке .
10. Стабильная стенокардия: цели и тактика лечения, алгоритм терапии.
11. Фармакотерапия стенокардии с целью улучшения прогноза, предупреждения осложнений и увеличения продолжительности жизни .

12. Антиангинальная медикаментозная терапия больных стабильной стенокардией.
13. Реваскуляризация миокарда: цель и виды, показания и противопоказания. Ведение больных после реваскуляризации.
14. Диагностика и лечение особых форм хронической ИБС (вазоспастическая стенокардия, безболевая ишемия миокарда, микрососудистая стенокардия).
15. Нестабильная стенокардия: патогенез, классификация (С.В. Hamm, E. Braunwald), клиника, диагностика, лечение
16. Острый коронарный синдром: определение, варианты, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения
17. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: лечение.
18. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: лечение.
19. Инфаркт миокарда: типы и периоды ИМ, патоморфология, клинические варианты дебюта, диагностические критерии.
20. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST: лечение.
21. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: лечение.
22. Острая сердечная недостаточность: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Кардиогенный шок: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Вегето-сосудистая (нейроциркуляторная) дистония: этиология, диагностические критерии, классификация, клиника, лечение
25. Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, поражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния
26. Тактика ведения больных артериальной гипертензией. Цели терапии. Общие принципы ведения. Модификация образа жизни
27. Медикаментозная терапия больных артериальной гипертензией. Выбор антигипертензивного препарата. Комбинированная терапия АГ
28. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и метаболический синдром, АГ и сахарный диабет, АГ и цереброваскулярная болезнь), особенности лечения.
29. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и ИБС, АГ и ХСН), особенности лечения
30. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ при поражении почек, АГ в сочетании с патологией легких, АГ и синдром обструктивного апноэ во сне), особенности лечения.
31. Рефрактерная и злокачественная артериальная гипертензия. Основные причины. Диагностика. Лечение.
32. Гендерные и возрастные особенности лечения артериальной гипертензии .
33. Вторичные артериальные гипертензии: ренопаренхиматозные, вазоренальные, эндокринные, гемодинамические, ятрогенные. Дифференциальная диагностика. Лечение
34. Артериальная гипертензия и беременность. Классификация АГ. Диагностика. Тактика терапевта. Лечение.
35. Гипертонический криз. Классификация. Диагностика. Неотложная помощь
36. Кардиомиопатии: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
37. Миокардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
38. Невоспалительные поражения миокарда - Миокардиодистрофии. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение
39. Перикардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
40. Инфекционный эндокардит. Особенности современной этиологии. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.

41. Хроническая сердечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Оценка тяжести ХСН
42. Хроническая сердечная недостаточность. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике ХСН .
43. Немедикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности
44. Хроническая сердечная недостаточность. Принципы медикаментозного лечения
45. Медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности со сниженной систолической функцией сердца. Тактика назначения
46. Медикаментозная терапия больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией ЛЖ
47. Фибрилляция и трепетание предсердий: этиология, патогенез, особенности гемодинамики, классификация. Принципы лечения. Показания и противопоказания к кардиоверсии. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия, лекарственные препараты. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии
48. Экстрасистолия. Причины, клиника, диагностика, классификация, прогностическая значимость различных вариантов, современные подходы к лечению
49. Пароксизмальные тахикардии: классификация, основные механизмы развития и анатомо-физиологические предпосылки, диагностика, дифференциальный диагноз суправентрикулярных и желудочковых пароксизмальных тахикардий, прогноз при различных видах, лечение
50. Нарушения проводимости сердца: классификация, диагностика, прогностическое значение, лечение. Показания для имплантации электрокардиостимулятора
51. Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости сердца. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Диагностика. Неотложная помощь
52. Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.
53. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Клиника, гемодинамические нарушения. Подходы к лечению
54. Беременность и пороки сердца. Тактика терапевта. Ведение беременных с протезированными клапанами сердца.
55. Артериальная гипотензия. Этиопатогенетические варианты. Клиника. Диагностика. Лечение
56. ТЭЛА. Факторы риска. Диагностика. Лечение. Профилактика
57. Обморок. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь
58. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
59. Дифференциальная диагностика суставного синдрома
60. Остеоартроз и остеохондроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика. Показания и противопоказания для хирургического лечения
61. Ревматоидный артрит: клиника, классификация, диагностика, лечение, реабилитация
62. Реактивные артриты: этиология, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз, профилактика
63. Серонегативные спондилоартропатии (анкилозирующий спондилит, псориатическая артропатия). Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация
64. Системные заболевания соединительной ткани. Основные клинические синдромы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

65. Метаболические болезни суставов (подагра, псевдоподагра и другие). Клиника. Критерии диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение и профилактика .
66. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Особенности современного течения, клинических проявлений. Лечение. Реабилитация. Профилактика.
67. Остеопороз. Этиология, патогенез, классификация, факторы риска остеопороза и переломов, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.
68. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных ревматическими заболеваниями.
69. Визуализирующие методы обследования больных с заболеваниями органов дыхания (виды, показания, информативность). Основные методы функциональных исследований при болезнях органов дыхания (виды, диагностическое значение) .
70. Этиотропное лечение инфекции нижних дыхательных путей. Характеристика основных классов антимикробных препаратов. Критерии эффективности антибактериальной терапии, ее продолжительность. Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибактериальной терапии .
71. Бронхиты: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение .
72. Пневмония. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования. Критерии диагноза. Принципы лечения .
73. Внебольничная пневмония: выбор места лечения, тактика терапии в амбулаторных условиях, лечение госпитализированных пациентов.
74. Особенности этиологии, диагностики и лечения отдельных видов пневмоний: нозокомиальная (госпитальная), аспирационная, у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).
75. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, этиопатогенез, классификация, факторы риска, диагностика, лечение.
76. Бронхиальная астма: этиопатогенез, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания для консультации пульмонолога и госпитализации
77. Лечение бронхиальной астмы .
78. Приступ бронхиальной астмы, Астматический статус. Диагностика. Неотложная помощь
79. Нагноительные заболевания легких. Дифференциальная диагностика. Лечение.
80. Болезни легких, вызванные внешними агентами (МКБ X). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапевтическая тактика.
81. Болезни плевры: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы терапии. Наблюдение после перенесенного плеврита.
82. Саркоидоз: этиопатогенез, клинические проявления, вопросы своевременной диагностики, принципы терапии.
83. Дыхательная недостаточность: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы терапии. Тактика терапевта, показания к госпитализации .
84. Новообразования органов дыхания и грудной клетки. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта.
85. Острая дыхательная недостаточность. Диагностика. Неотложная помощь.
86. Пневмоторакс. Диагностика. Неотложная помощь.
87. Легочное кровотечение. Диагностика. Неотложная помощь
88. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с заболеваниями органов дыхания.

89. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания .
90. Туберкулёз. Группы риска. Выявление пациентов с жалобами, позволяющими заподозрить туберкулёз. Методы диагностики. Показания для направления пациента к фтизиатру.
91. Профилактика туберкулёза. Порядок проведения периодических массовых, групповых и индивидуальных профилактических осмотров населения
92. Организация амбулаторного лечения больных туберкулёзом и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулёза
93. Туберкулёз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения .
94. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика.
Дифференциальная диагностика. Осложнения. Пищевод Барретта. Лечение
95. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение
96. Язвенная болезнь и эрозивные гастродуодениты: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение
97. Воспалительные заболевания и дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
98. Желчная колика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь
99. Панкреатиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, классификация, осложнения, лечение
100. Стеатогепатоз и стеатогепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с другими хроническими гепатитами. Лечение
101. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация (по Чайлд-Пью), клиника, диагностика, лечение, прогноз.
102. Печёночная кома. Диагностика. Неотложная помощь.
103. Неинфекционные энтериты и колиты. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
104. Дисбактериоз кишечника. Классификация, основные синдромы, их клиника, диагностика, лечение
105. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
106. Паразитозы пищеварительной системы: лямблиоз, описторхоз, токсокароз. Клиника, диагностика, тактика терапевта
107. Запор. Этиология. Дифференциальная диагностика. Тактика применения слабительных средств.
108. Диарея. Этиология. Диагностическая и терапевтическая тактика
109. Терапевтическая тактика ведения больных, перенесших оперативное вмешательство на органах пищеварительной системы. Постгастрорезекционные, постхолецистэктомические синдромы. Диагностика, лечение.
110. Новообразования органов пищеварения. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
111. Острый живот. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Тактика терапевта
112. Желудочнокишечные кровотечения. Диагностика. Неотложная помощь
113. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с заболеваниями органов пищеварительной системы
114. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с заболеваниями органов пищеварения

115. Основные синдромы в нефрологии. Современные инструментальные и лабораторные методы диагностики заболеваний почек
116. Хроническая болезнь почек. Определение понятия, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика, лечение
117. Хроническая почечная недостаточность: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к направлению на гемодиализ и трансплантацию почки. Терапевтический контроль за пациентами находящимися на гемодиализе или перенесшими трансплантацию почки .
118. Рецидивирующая инфекция мочевых путей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
119. Пиелонефрит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
120. Нефриты: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение .
121. Нефротический синдром. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
122. Вторичные нефропатии (диабетическая нефропатия, нефропатия беременных, гипертоническая нефропатия, лекарственные нефропатии и другие). Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения.
123. Острая почечная недостаточность. Острая токсическая почка. Диагностика. Неотложная помощь .
124. Почечная колика, острая задержка мочи. Диагностика. Неотложная помощь.
125. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с болезнями почек и мочевых путей.
126. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями почек.
127. Анемический синдром: дифференциальный диагноз. Показания к направлению на специализированную помощь .
128. Железодефицитные состояния: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, показания для консультации гематолога, лечение.
129. Гемобластозы: основные клинико-гематологические синдромы, дифференциальная диагностика с лейкомоидными реакциями, лимфогранулематозом. Особенности курации больных с гемобластозами врачами-терапевтами.
130. Депрессия кроветворения (нейтропения, тромбоцитопения, апластическая анемия) 131. Геморрагические диатезы. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения .
132. Состояние системы кроветворения при беременности. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с болезнями системы крови и кроветворных органов (анемии, геморрагические диатезы).
133. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями органов кроветворения.
134. Сахарный диабет 1-го типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, показания для консультации эндокринолога, тактика терапевта .
135. Сахарный диабет 2-го типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, показания для консультации эндокринолога, лечение.
136. Принципы своевременного выявления осложнений сахарного диабета и их профилактика. Клиника, диагностика и помощь при осложнениях, тактика терапевта .
137. Комы при сахарном диабете (гипергликемическая, гиперосмолярная, гипогликемическая). Диагностика. Неотложная помощь .
138. Метаболический синдром и ожирение: определение, этиопатогенез, классификация и формулировка диагноза, клиника, диагностика, показания для

консультации эндокринолога, лечение, профилактика осложнений, прогноз, тактика терапевта.

139. Эндокринные нарушения при беременности. Тактика терапевта при лечении беременных женщин с эндокринной патологией.

140. Недостаточность питания и дефицит массы тела: причины, принципы диагностики, терапевтическая тактика

141. Заболевания щитовидной железы: клиника, принципы своевременного выявления врачом терапевтом, показания для консультации специалиста-эндокринолога, терапевтическая тактика

142. Заболевания гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой системы: особенности клиники, принципы своевременного выявления врачом терапевтом, показания для консультации специалиста-эндокринолога, терапевтическая тактика

143. Нарушения обмена витаминов. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

144. Нарушения минерального обмена. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение

145. Новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
146. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация больных с болезнями эндокринной системы.

147. Современные методы диагностики в аллергологии, их возможности, показания и противопоказания к проведению. Основные клинические синдромы. Тактика терапевта

148. Иммунодефицит. Классификация. Вторичная иммунологическая недостаточность в терапевтической практике. Диагностика. Лечение

149. Анафилактический шок и другие острые аллергические состояния. Диагностика. Неотложная помощь

150. Взаимосвязь психических расстройств и соматической патологии. Соматоформные расстройства. Принципы диагностики и лечения легких тревожных и депрессивных расстройств в терапевтической практике

151. Психоактивные вещества. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с их употреблением. Основные клинические проявления. Роль терапевта в диагностике и оказании медицинской помощи

152. Алкогольная интоксикация и алкогольная зависимость: диагностика, соматические нарушения, тактика врача-терапевта. Особенности диагностики и лечения соматической патологии у лиц злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкогольной зависимостью
153. Острый психоз, депрессия со склонностью к суициду. Диагностика. Неотложная помощь

154. Заболевания кожи: основные клинические симптомы. Виды сыпей. Патология внутренних органов, сопровождающаяся кожными проявлениями. Тактика терапевта в диагностике, лечении и профилактике заболеваний кожи

155. Инфекции передающиеся половым путём (ИППП): основные клинические симптомы.

Тактика терапевта в диагностике, лечении и профилактике ИППП .

156. Неосложнённые формы заболеваний уха горла и носа: диагностика и лечение. Выявление риска прогрессирования и развития осложнений. Показания для консультации оториноларинголога .

157. Патология центральной нервной системы: клиническая диагностика, терапевтическая тактика.

158. Патология периферической нервной системы: клиническая диагностика, терапевтическая тактика

159. Болевые синдромы в неврологии. Дифференциальная диагностика. Лечение легких форм болевых синдромов, связанных с заболеваниями нервной системы .

160. Хронические формы цереброваскулярной болезни: этиопатогенез, клиника, диагностическая и лечебная тактика терапевта.
161. Последствия перенесенных цереброваскулярных болезней (ОНМК): диагностическая и лечебная тактика терапевта.
162. Острое нарушение мозгового кровообращения. Диагностика. Неотложная помощь
163. Судорожное состояние, эпилептический статус. Диагностика. Неотложная помощь
164. Возбудители и факторы риска развития инфекционных заболеваний. Профилактика инфекционных заболеваний. Основные виды профилактических прививок
165. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания.
Медикаментозная профилактика в очаге инфекции и среди контактных лиц.
166. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клиника, диагностика, лечение. Тактика терапевта.
167. Клиника, диагностика и лечение ОРВИ, гриппа, дифтерии. Тактика терапевта.
168. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение кишечных инфекций. Тактика терапевта.
169. Вирусные гепатиты: классификация, клиника, диагностика, лечение. Принципы своевременного выявления. Тактика терапевта.
170. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: этиология, клиника, диагностика, лечение. Принципы своевременного выявления. Тактика терапевта.
171. Токсический шок. Диагностика. Неотложная помощь.
172. Травматический шок. Диагностика. Неотложная помощь.
173. Геморрагический шок. Диагностика. Неотложная помощь.
174. Острые отравления. Диагностика. Неотложная помощь.
175. Ожоги и отморожения. Клиника. Неотложная помощь.
176. Поражение электрическим током, молнией. Клиника. Неотложная помощь
177. Тепловой и солнечный удар. Клиника. Неотложная помощь.
178. Неотложная помощь при утоплении и травмах
179. Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.
80. Порядок организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.
181. Провести клиническое обследование по всем органам и системам при профессиональных заболеваниях: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация.
182. Составить профессиональный маршрут с заболеваниями органов дыхания вызванных действием производственной пыли.
183. Назначить план обследования при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли в амбулаторных условиях.
184. Провести дифференциальную диагностику при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли .
185. Назначить план лечения при заболеваниях органов дыхания вызванных действием производственной пыли в амбулаторных условиях.
186. Составить профессиональный маршрут с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия.
187. Назначить план обследования с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия в амбулаторных условиях.
188. Провести дифференциальную диагностику с поражением органов дыхания при профессиональных интоксикациях веществами раздражающего действия.
189. Назначить план лечения при поражении органов дыхания веществами раздражающего действия в амбулаторных условиях.
190. Современная нормативная база обязательных медицинских осмотров.
191. Выделить рабочие группы риска профессиональными заболеваниями.

192. Продемонстрировать принципы проведения ПМО в отдельных профессиональных группах
193. Продемонстрировать документы результатов предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.
194. Порядок и стандарты оказания специализированной паллиативной медицинской помощи населению.
195. Патофизиология и фармакотерапия острой и хронической боли. Оценка эффективности терапии болевого синдрома .
196. Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ.
197. Контроль за использованием наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в медицинских организациях.
198. Клиническая фармакология обезболивающих средств
199. Принципы и порядок оказания паллиативной медицинской помощи при декомпенсированных хронических заболеваниях: терминальной ХПН, ХСН, циррозах печени, ХОБЛ.
200. Специализированная паллиативная помощь пациентам с онкологической патологией.
201. Психологические аспекты паллиативной помощи.
202. Проблемы пациента, родственников, лиц, осуществляющих уход;
203. Клинические навыки общения с пациентами
204. Перечень медицинской документации врача-терапевта-участкового.
205. Структура городской поликлиники. Задачи и функции структурных подразделений поликлиники.
206. Профилактическая деятельность на врачебном участке.
207. Экспертиза трудоспособности: виды утраты трудоспособности, показания для направления на медико-социальную экспертизу.
208. Вопросы первичной и вторичной профилактики. Профилактические мероприятия, проводимые в поликлинике.
209. Роль врача-терапевта участкового/врача общей практики в профилактике основных хронических неинфекционных заболеваний.
210. Диспансеризация. Предварительные и периодические медицинские осмотры: цель правила проведения, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики, учетно-отчетная документация.
211. Формирование здорового образа жизни населения: роль врача-терапевта участкового/врача общей практики. Влияние образа жизни на здоровье различных групп населения.
212. Особенности ведения больных пожилого и старческого возраста с соматическими заболеваниями, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики.
213. Онкологическая настороженность в работе участкового терапевта, врача общей практики.
214. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторной практике, роль врача-терапевта участкового/врача общей практики.
215. Ведение пациенток с соматическими заболеваниями при беременности, роль врача терапевта участкового/врача общей практики.
216. Острые респираторные заболевания в амбулаторной практике: этиология, патогенез, клиника. диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, профилактика.
217. Диагностические критерии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
218. Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в условиях поликлиники.
219. Показания к госпитализации пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

220. Острые и хронические бронхиты. ХОБЛ в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
221. Пневмония – ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
222. Бронхиальная астма – ведение больных в амбулаторных условиях: определение, классификация, этиология, патогенез, клиника. Показания к госпитализации.
223. Гипертонический синдром в практике участкового врача-терапевта. Дифференциальная диагностика.
224. Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
225. Синдром болей в левой половине грудной клетки в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
226. Нарушения ритма сердца в практике терапевта поликлиники (экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция предсердий, атриовентрикулярные блокады): диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
227. Инфаркт миокарда в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
228. Миокардиты и кардиомиопатии, ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания для госпитализации.
229. Пороки сердца – врожденные, приобретенные (аортальные, митральные, дефект межжелудочковой перегородки) – в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
230. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания для госпитализации.
231. Хронический панкреатит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
232. Дискинезия желчевыводящих путей и хронический некалькулезный холецистит в практике амбулаторного врача: Показания к госпитализации.
233. Хронические гепатиты: Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
234. Циррозы печени: Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
235. Функциональные заболевания толстой кишки в амбулаторной практике: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
236. Острый гломерулонефрит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
237. Хронический гломерулонефрит – ведение больных в амбулаторных условиях: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
238. Хронический пиелонефрит в практике участкового врача-терапевта: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика. Показания к госпитализации.
239. Ведение больных с хронической почечной недостаточностью в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
240. Анемический синдром в амбулаторной практике. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
241. Железодефицитная анемия: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика

242. В12-дефицитная анемия: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика
243. Подагра: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
244. Ревматоидный артрит: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
- 2 45. Остеоартроз: диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация, профилактика.
246. Субфебрилитет и лихорадочный синдром в практике участкового врача-терапевта.
Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
247. Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом на внегоспитальном этапе
248. Сахарный диабет. Неотложные состояния у больных с сахарным диабетом. дифференциальная диагностика гипер- и гипогликемических ком.
249. Диагностика и первая врачебная помощь при почечной колике.
250. Диагностический поиск при «остром животе» на амбулаторном этапе.
251. Анафилактический шок. Клиника, диагностика, скорая медицинская помощь.
252. Гипертонический криз. Клиника, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
253. Астматический статус. Клиника, скорая помощь на догоспитальном этапе.
254. Новообразования органов дыхания и грудной клетки. Факторы риска. Ранняя диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Тактика терапевта
255. Психоактивные вещества. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с их употреблением. Основные клинические проявления. Роль терапевта в диагностике и оказании медицинской помощи
256. Алкогольная интоксикация и алкогольная зависимость: диагностика, соматические нарушения, тактика врача-терапевта. Особенности диагностики и лечения соматической патологии у лиц злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкогольной зависимостью.
257. Последствия перенесенных цереброваскулярных болезней (ОНМК): диагностическая и лечебная тактика терапевта
258. Диарея и констипация: определение понятий, механизмы формирования. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу диареи и констипации. Принципы терапевтической тактики при диарее и констипации.
259. Тошнота и рвота: определение понятий, механизмы формирования. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу. Принципы терапевтической тактики при тошноте и рвоте.
260. Изжога: определение понятий, механизмы формирования. Клиническая классификация изжоги. Подходы к диагностике и дифференциальному диагнозу изжоги. Принципы терапевтической тактики при изжоге.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1.

В стационар бригадой СМП доставлен пациент 45 лет с жалобами на одышку с затруднённым выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идёт ремонт). Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит, опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Перкуторный звук коробочный. В лёгких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 96 уд./мин. **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика оказания неотложной помощи, дальнейшего ведения пациента.
3. Возможные осложнения.

4. Профилактика, реабилитация больного.

Эталоны ответов

1. Приступ бронхиальной астмы (средней степени тяжести).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - расстегнуть стесняющую одежду и создать доступ свежего воздуха, чтобы облегчить состояние пациента;
 - обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
 - организовать прием препарата при наличии ингалятора у пациента для уменьшения бронхоспазма (1-2 вдоха беротека, сальбутамола);
 - ввести один из бронходилататоров с бронхолитической целью (при отсутствии эффекта от вышеуказанных препаратов): эуфиллин 2,4% раствор 10 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
 - ввести один из антигистаминных препаратов с десенсибилизирующей целью (тавегил 12 мл в/м; супрастин 2% раствор 1 мл в/м);
 - ввести преднизолон 30 мг в/м (он способствует стабилизации лизосомальных мембран, облегчает отдачу кислорода тканям, расширяет периферические артерии и повышает тонус периферических вен);
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента.

Лечение в условиях пульмонологического стационара (бронхолитики, антибактериальная терапия при необходимости, муколитики при необходимости, антигистаминные, ГКС).

3. Астматический статус, эмфизема лёгких, хроническое лёгочное сердце.

4. Дыхательная гимнастика, оксигенотерапия, физиотерапия.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда.

Ситуационная задача 2.

Больной Г., 20 лет, поступает в терапевтический стационар с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал.

Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4С.

Объективно: температура 38,6 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.
2. Общий анализ крови. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты.

Рентгенография органов грудной клетки.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении. Принципы лечения:

Постельный режим. Диета, обогащённая витаминами.

Обильное питье.

Антибактериальная терапия: антибиотики с учётом чувствительности микробной флоры.

Муколитики\мукокинетики: амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, микстура с термопсисом, алтеем.

Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Фитотерапия. Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда.

Ситуационная задача 3.

Больной Ж., 35 лет, поступает в стационар с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стёкол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами лёгких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.
2. Общий анализ крови. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты. Рентгенография органов грудной клетки. Бронхография.
3. Эмфизема лёгких, дыхательная недостаточность, хроническое лёгочное сердце, кровохарканье, лёгочное кровотечение, пневмония, абсцесс лёгкого.
4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в стационарных условиях.

Принципы лечения:

Режим постельный. Диета. Обильное щелочное питье: минеральные воды.

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.

Муколитики\мукокинетики: амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, микстура с термопсисом, алтеем.

Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов. Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.

Профилактика: диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение; исключение влияния на организм вредных

факторов производства; борьба с курением; закаливание; своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш); своевременное решение вопроса о возможном оперативном лечении врождённых бронхоэктазов; рациональное трудоустройство больных с бронхоэктатической болезнью; своевременный перевод на инвалидность при присоединении осложнений и стойкой утрате трудоспособности.

Ситуационная задача 4.

Больная Н., 32-х лет, предъявляет жалобы на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Своё заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета. Обильное питье, растительные уросептики. Антибактериальная терапия. Спазмолитики и анальгетики - при болях. Физиотерапия. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

Профилактика: закаливание, устранение фактора переохлаждения, ликвидация факторов, способствующих застою мочи, санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей; своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёвшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара.

Ситуационная задача 5.

Больная Д., 50 лет, поступает с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография суставов.
3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, лёгких).
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Принципы лечения:

Режим полупостельный. Диета разнообразная, высококалорийная.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики. Местное применение димексида. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Ситуационная задача 6.

В стационар бригадой СМП доставлен пациент 40 лет, который жалуется на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затруднённым вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенёс обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В лёгких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД160/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Эталоны ответов

1. Сердечная астма у больного с постинфарктным кардиосклерозом.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - снять ЭКГ для исключения повторного инфаркта миокарда;
 - усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу);
 - обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
 - обеспечить ингаляцию увлажнённым кислородом для уменьшения гипоксии (пропустить кислород через аппарат Боброва, где находится 700 спирт);
 - дать внутрь 20-40 мг фуросемида или ввести в/м 1-2 мл лазикса (в первые 30 мин после инъекции препарата расширяются периферические сосуды, а через 1-2 часа увеличивается диурез, тем самым уменьшаются застойные явления в малом круге кровообращения);
 - ввести морфин 1% раствор 1 мл в/в медленно в 2-3 этапа при угрозе развития отёка лёгких. Сначала в течение двух минут осуществляется вливание 0,5 мл препарата, затем при необходимости и отсутствии нарушений дыхания или других побочных эффектов медленно вводят оставшиеся 0,5 мл морфина (морфин в результате угнетения дыхательного центра уменьшает одышку, устраняет тревогу и страх. Возможно усиление активности рвотного центра);
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в ПИТ кардиологического отделения ЛПУ.

Ситуационная задача 7.

Бригадой СМП в стационар доставлена женщина 40 лет с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

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

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ. **Эталоны ответов**

1. Пароксизмальная тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; уложить пациента, успокоить; снять ЭКГ для уточнения диагноза;

выяснить тактику лечения предыдущих приступов для определения лечебной тактики;

для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо: провести стимуляцию блуждающего нерва — энергичный массаж области каротидного синуса, попеременно справа и слева по 15-20 сек. под постоянным контролем пульса; заставить пациента во время глубокого вдоха натуживаться и зажимать нос; предложить пациенту проглотить «большой комок пищи»; попросить пациента надавить на глазные яблоки в течение нескольких секунд; предложить пациенту искусственно вызвать рвоту; ввести один из препаратов, если вышеуказанные мероприятия не дали желаемого результата:

АТФ 1-2 мл в/в быстро (2-5 сек.), струйно в 5 мл физиологического раствора; изоптин 4 мл с 5 мл физиологического раствора в/в струйно; новокаинамид 10 % раствор 5-10 мл в/в струйно;

строфантин 0,05% раствор 0,25-0,5 мл или дигоксин 0,025% раствор 1 мл с 10мл физиологического раствора в/в медленно. аймалин 2,5% раствор 2 мл в/в в 10 мл физиологического раствора (вводят медленно в течение 7-10 мин.);

кордарон 300-450 мг в/в медленно в 250 мл 5% раствора глюкозы; этацизин 2,5% раствор 2 мл в 20 мл физиологического раствора в/в очень медленно, контролируя АД;

обзидан в/в по 1 мг в течение 1-2 мин. (3-10 мг); контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента.

Ситуационная задача 8.

Больная Н. 32-х лет поступает в стационар с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета. Обильное питье, растительные уросептики.

Антибактериальная терапия. Спазмолитики и анальгетики - при болях. Физиотерапия. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

Профилактика: закаливание, устранение фактора переохлаждения, ликвидация факторов, способствующих застою мочи. санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей; своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней; диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара.

Ситуационная задача 9.

К терапевту в поликлинику обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает.

Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.
2. ФГДС. Фракционное желудочное зондирование. Рентгенологическое исследование.
3. Язвенная болезнь.
4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета

Спазмолитики. Антациды. H₂-гистаминоблокаторы. Блокаторы протонного насоса.

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика: соблюдение режима питания, разнообразное питание; запрещение курения, злоупотребления алкоголем; санация очагов хронической инфекции; диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом; соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии.

Ситуационная задача 10.

Больная Д., 50 лет, обратилась к терапевту с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография суставов.
3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких).
4. Пациентка нуждается в направлении на госпитализацию в ревматологическое отделение и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный. Диета разнообразная, высококалорийная.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики.

Местное применение димексида

Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Ситуационная задача 11.

Больной Н., 54 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления появились сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,6 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 3. Гипертонический криз.
2. Общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна.
3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.
4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция, ингибиторы АПФ, в-адреноблокаторы, диуретики, комбинированные препараты.

Лечебная физкультура. Фитотерапия.

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений. При подборе адекватной эффективной антигипертензивной терапии трудоспособность восстанавливается полностью.

Ситуационная задача 12.

Мужчина 23 лет обратился к терапевту в поликлинике с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5 С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание жёсткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталоны ответов 1. Острый бронхит.

2. Общий анализ крови, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Постельный режим, частое проветривание помещения. Диета, обогащённая витаминами. Обильное тёплое питье. При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт) при отсутствии аллергических реакций.

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).

Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).

Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика: закаливание организма, предупреждение острых респираторных инфекций, своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей, эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов), санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запылённостью, задымлённостью, загазованностью, ликвидация влажности), борьба с курением и алкоголизмом

Ситуационная задача 13.

Терапевт 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 39С, 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 39°C. 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. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Ревматизм, ревматический полиартрит.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.
3. При повторных ревматических атаках - формирование порока сердца, острая сердечная недостаточность.
4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

Принципы лечения:

Режим постельный.

Антибактериальная терапия: антибиотики.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика: повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий); санация очагов хронической инфекции; своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии; бициллинопрофилактика; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёвшими ревматизм.

Ситуационная задача № 14

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav___ru по поводу неудобного функционала записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой. Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?

2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?

3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?

4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи? 5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на портале,

а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о пользовании системой. Разместить инструкцию на портале zdrav.ru, рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

Ситуационная задача № 15

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать..

Каким образом можно уменьшить данные потери?

Эталон ответа: введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

Ситуационная задача № 16

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание):1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества;- главный специалист;- эксперт страховой медицинской организации.

Эталон ответа: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества;- главный специалист

Ситуационная задача № 17

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил.

На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л.

Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л,
ХСЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л,
СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c < 7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (С2), альбуминурия 2 стадия (А2). Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «сахарного диабета (СД)» установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП.

3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c;

2. УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД,

4. Препараты сульфаниламочевины: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией.

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – лозартан.

Ситуационная задача № 18

Больная К., 18 лет, обратилась к терапевту с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций

Эталон ответа: 1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип *Обоснование:*

- 1) данные анамнеза:
- полифагия, полидипсия, полиурия, похудание; молодой возраст; 2) объективные данные : сухость и шелушение кожи; недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки
2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.
3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы
4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии *Принципы лечения:*

Режим палатный

Диета, ограничение легкоусваиваемых углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально.

Использование специальных аппаратов - “искусственная поджелудочная железа” и “искусственная в-клетка”

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

Профилактика:

рациональное питание; психическая саморегуляция; своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы; ранняя диагностика скрытого диабета и соответствующая корректировка диеты.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача № 19

Вы работаете в поликлинике. К вам обращается женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, чувство жара, потливость, мышечную слабость, снижение массы тела несмотря на повышенный аппетит, чувство внутренней дрожи, раздражительность, бессонницу. Объективно: больная возбуждена, плаксива. Питание снижено. Кожные покровы розовой окраски, на ощупь теплые, влажные, эластичные. Экзофтальм. Изменение формы шеи. $T=37,3^{\circ}$. Тоны сердца громкие, аритмичные. $PS=92$ в минуту, хороших свойств. АД = 140/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – частые поносы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.
4. Определите ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациента к радиоизотопному исследованию щитовидной железы. **Эталон ответа:**

1. Предположительный диагноз: диффузный токсический зоб – это болезнь, обусловленная избыточной секрецией тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) диффузно увеличенной щитовидной железой.

ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ:

- жалоб: сердцебиение, потливость, чувство жара, мышечную слабость, повышенный аппетит, похудание, симптомы поражения ЦНС – раздражительность, бессонница, чувство внутренней дрожи, плаксивость, поносы; - данных общего осмотра:

теплая, влажная, бархатистая кожа; увеличение щитовидной железы на глаз; наличие пучеглазия;

- симптомов поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, повышение АД за счет систолического, громкие сердечные тоны, наличие аритмии сердца; - субфебрилитет. Все эти симптомы подтверждают наличие тиреотоксикоза. Чаще болеют женщины.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: - наличие глазных симптомов: симптом Грефе – отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз; симптом Штельвага – редкое мигание; симптом Краузе – блеск глаз; симптом Мебиуса – нарушение конвергенции глазных яблок; - определение содержания Т3 и Т4 в сыворотке крови;

- радиоизотопное исследование щитовидной железы;
- ЭКГ.

3. Возможные осложнения заболевания:

- тиреотоксический криз, тиреотоксическая миокардиодистрофия;
- помутнение роговицы, атрофия глазных мышц;
- сдавление органов шеи и средостения увеличенной щитовидной железой (нарушение речи, глотания и т. д.).

4. Рекомендовать в ближайшие дни обратиться к терапевту (эндокринологу) для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении.

Учитывая выраженные явления тиреотоксикоза, больная нуждается в стационарном лечении.

5. Подготовка к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

За 30-50 дней до исследования отменяют все йод и бром-содержащие препараты, антитиреоидные, гормональные, седативные средства, смазывание кожи спиртовой настойкой йода, проведение рентгенконтрастных исследований с помощью йод-содержащих контрастных веществ. Из рациона питания исключить морские продукты, хурму, орехи, минеральную воду. Исследования проводят в два этапа: через 2 часа и 24 часа после введения радиоизотопов йода (I131).

Ситуационная задача № 20

Больной 39 лет на приеме жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.

5. Какой препарат необходимо назначить пациенту? **Эталон ответа:**

1. На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».

2. В основе центрального несахарного диабета лежит дефицит антидиуретического гормона (АДГ, аргинин-вазопрессин). Это нарушение связано со снижением почечной реабсорбции воды, выделением большого количества мочи с низким

удельным весом, как следствие уменьшается количество воды в организме, компенсаторно потребляется большое количество жидкости.

3. Необходимо проведение клинического анализа мочи, а также определение концентрации калия, кальция, глюкозы, мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови для исключения воспалительных заболеваний почек и наиболее частых электролитно-метаболических причин возникновения других форм несахарного диабета; МРТ головного мозга для диагностики причин центрального несахарного диабета.

4. При подтвержденном несахарном диабете необходимо установить свободный (в соответствии с потребностью/жаждой) питьевой режим. Без адекватного восполнения выделяемой жидкости при практически не снижающемся обильном диурезе дегидратация становится выраженной. Это приводит к слабости, психическим нарушениям, усиливается головная боль, тахикардия, снижается артериальное давление, наступает сгущение крови, снижается фильтрационная способность почек, может развиваться коллапс.

5. При несахарном диабете назначают синтетический аналог Вазопрессина – Десмопрессин в форме таблеток, подъязычных таблеток или спрея.

Ситуационная задача № 21

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного. **Эталон ответа:**

-продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.

- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.

-Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

-Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Всем больным выполняются:

- клинический анализ красной и белой крови;
- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда (тропонин, КФК-МВ и пр.);
- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);
- газы артериальной крови и КОС;
- мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия); - клинический анализ мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию. Растворы для ингаляций

* Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. * Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. * Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

* Ипратропия бромид + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атривента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах.

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов.

Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO₂ менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение.

Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин

Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (PaO₂ < 65 мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии (PaCO₂ 50 – 60 мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ

Ситуационная задача № 22

Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,5⁰С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. Объективно: темп. 37,3⁰ С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз. 2. Наметьте план дополнительного обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $230 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $10 \times 10^9 /л$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет. 3. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный. 4. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту. 5. Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту. 6. Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам. 7. Рентгенография - прилагается. 8. ЭКГ - прилагается. 9. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит. 2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией. 4. Принципы лечения: противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др. антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

Ситуационная задача № 23

На остановке мужчина, 50 лет, внезапно упал. Отсутствует сознание, дыхание, пульсация на сонных артериях. Объективно: зрачки расширены, кожные покровы бледные.

Задание:

1. Определите неотложное состояние 2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

Эталон ответов:

1. У пациента развилось состояние клинической смерти.
2. Алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи:
 - 1) Оценка безопасности,
 - 2) Определение нарушения сознания,
 - 3) Призыв о помощи,
 - 4) Определение наличия дыхания, пульса на сонной артерии,
 - 5) Вызов скорой помощи,
 - 6) Придание пострадавшему горизонтального положения на спине, на ровной твердой поверхности,
 - 7) Восстановление проходимости дыхательных путей;
 - 8) Выполнение закрытого (непрямого) массажа сердца и искусственной вентиляции легких по способу «рот в рот» через маску с бакфильтром или лицевой экран в соотношении 30:2 (независимо от количества спасателей) до прибытия СМП.
 - 9) Производить каждые 2 минуты оценку пульса на сонных артериях, производя в этот момент смену спасателей.

Ситуационная задача № 24

У пациента П. 35 лет, находящегося в отделении ОРИТ в связи с закрытой черепно-мозговой травмой, 30 секунд назад зафиксирована остановка сердца и дыхания.

Вопросы:

1. Какие меры необходимо предпринять? Каков алгоритм?

После предпринятых мер у больного восстановился ритм сердца, но отсутствует сознание и спонтанное дыхание.

2. Каковы дальнейшие действия? Как осуществлять уход за больным?

Больному для обеспечения вентиляции легких наложена трахеостома.

3. Как осуществлять уход за трахеостомой? **Эталон ответа:**

1. У больного зафиксирована клиническая смерть. Показана сердечно-легочная реанимация. Следует обеспечить проходимость дыхательных путей, выполнить искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца, осуществить венозный доступ, медикаментозную поддержку и противоишемическую защиту мозга. Восстановление ритма сердца и кровоснабжения мозга является критерием эффективности сердечно-легочной реанимации.

2. Требуется продленная ИВЛ, противоишемическая защита мозга. Уход включает гигиенические мероприятия, профилактику пневмонии и пролежней, адекватное питание.

3. Трахеостома предполагает регулярную санацию полости рта и трахеобронхиального дерева, борьбу с пересыханием слизистой дыхательных путей, санацию кожи вокруг свища.

Ситуационная задача № 25

Во время Вашего ночного дежурства больной в палате встал и упал на пол. За Вами прибежал сосед по палате. Придя в палату, Вы увидели, что больной лежит на полу. Что и в какой последовательности Вы будете делать? **Эталон ответа:**

1. Выбежать в коридор и вызвать медицинскую сестру. Запросить переносной дефибриллятор и лекарственную укладку, сообщить о происшествии в отделение реанимации, вызвать бригаду на себя.

2. Оценить показатели сознания, если сознание отсутствует, то уложить пациента на ровный участок, на спину; восстановить проходимость дыхательных путей, используя тройной прием Сафара, определить наличие самостоятельного дыхания и определить пульс на сонной артерии в течение 5 секунд. При их отсутствии начать сердечно-легочную реанимацию: и начать наружный массаж сердца; проводить СЛР в соотношении 30: 2.

3. Как только доставлены дефибриллятор и медикаменты: провести оценку ритма (при необходимости провести ЭДС), ввести необходимые препараты. Проводить оценку ритма каждые 2 мин для контроля эффективности реанимации; СЛР продолжается либо до прибытия подмоги, после чего не прерывая процесса реанимации больной перекладывается на каталку и транспортируется в специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии, либо при неэффективности СЛР в течение 30 минут производится констатация смерти пациента.

Ситуационная задача № 26

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav.ru по поводу неудобного функционала записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой.

Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?

2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?

3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?

4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи? 5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на портале, а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о пользовании системой. Разместить инструкцию на портале zdrav.ru., рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

Ситуационная задача № 27

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать. Каким образом можно уменьшить данные потери?

Эталон ответа: введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

Ситуационная задача № 28

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание): 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист; - эксперт страховой медицинской организации.

Эталон ответа: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист

Ситуационная задача № 29

Пациент 25 лет, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, чувство тяжести, сдавления в груди, приступы удушья, кашель, тошноту, рвоту и ухудшение зрения. Анамнез. В очаге заражения, возникшего в результате аварии на химическом производстве, пострадавший снял противогаз без команды.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Агрессивен, немотивированные поступки. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Гиперсаливация, гипергидроз. Органы дыхания: ЧДД 26 в минуту, дыхание поверхностное везикулярное, сухие свистящие хрипы. Сердечно-сосудистая система: пульс – 60 ударов в минуту, АД –

115/60 мм рт. ст. Офтальмолог: снижение остроты зрения, выраженный миоз, спазм аккомодации, боли в животе спастического характера.

Поставьте диагноз, проведите медицинскую сортировку, окажите пострадавшему медицинскую помощь на этапах медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Отравление ФОС, средней степени тяжести, психоневротическая форма. Госпитализация в 1 очередь. Проведение ЧСО, введение афина 1,0 в/м; повторное введение афина, реланиум в/м, ЧСО. Введение атропина сульфата 0,1% 15-20 мл/сутки, реактиваторов холинэстеразы – дипироксим, антипсихотиков – галоперидол, аминазин 25% 2,0 в/м, бензодиазепины в/м., изоляция в психоневрологическое отделение.

Ситуационная задача № 30

Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Вопросы (задание): 1. Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора: - летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре; - исходы заболеваний **Эталон ответа:** летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре.

Ситуационная задача № 31

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного. **Эталон ответа:**

- продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.

- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.

- Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

- Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Обязательное назначение:

- клинический анализ красной и белой крови;

- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда

(тропонин, КФК-МВ и пр.);

- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);

- газы артериальной крови и КОС;

- мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия); - клинический анализ

мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию.

Растворы для ингаляций

* Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

* Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. * Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

* Ипратропия бромид + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов. Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO₂ менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение.

Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин

Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (PaO₂ < 65 мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии (PaCO₂ 50 – 60 мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ.

Ситуационная задача № 32

При проведении медико-экономической экспертизы специалист-эксперт установил следующие факты:

- укорочение сроков госпитализации более чем на 50% при сравнении с медикоэкономическими стандартами;
- несоответствие объема проведенных дополнительных обследований для обоснованной верификации диагноза и выбора рациональной тактики лечения;
- при углубленной медико-экономической экспертизе формализованные записи в истории болезни подтверждают удовлетворительное состояние больного с момента поступления в стационар.

1. Достаточно ли приведенных данных для принятия решения об обоснованности госпитализации? Обоснуйте Ваш ответ.

2. Если ответ на первый вопрос «да», то какие финансовые санкции необходимо может понести медицинская организация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического диагноза. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.

2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии 3. Снижение оплаты госпитализации.

Ситуационная задача № 33

Вы член врачебной комиссии амбулаторно-поликлинического учреждения. Председатель врачебной комиссии поручил вам разработать план экспертизы качества медицинской помощи в своем учреждении. Предложите основные мероприятия плана, обоснуйте предложения.

Эталон ответа:

Обеспечить работу по контролю качества медицинской помощи.

Контролировать уровень УКЛ специалистов по предоставленным отчетам.

Проводить анализ клинико-экспертных ошибок по внутриведомственному, вневедомственному контролю, докладывать на врачебных конференциях, Медицинских советах; по результатам анализа разрабатывать мероприятия по их устранению.

Проводить оценку ЭВН в случаях:

— повторных случаях длительно и часто болеющих

— с превышением либо занижением сроков ВН — сложных клинико-экспертных случаях — случаев повторной госпитализации.

Проводить экспертную оценку качества лечения больных в дневных стационарах.

Ситуационная задача 34

Вы проходите производственную (клиническую) практику в многопрофильном скорпомощном стационаре. Во время дежурства в составе врачебной бригады в 9.50 утра дежурный врач по телефону получил информацию от оперативного дежурного Центра управления МЧС России: «На городском рынке произошел террористический акт. Эпицентр взрыва – в центре рынка. Ориентировочное количество пострадавших ~ 200 человек. Обстановка уточняется». Какие действия должны быть предприняты? **Эталон ответа:**

1. Дежурному врачу: исполнить алгоритм действий дежурного врача при получении информации о теракте.