

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



Утверждаю
Проректор по учебно-методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«1» июня 2026 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б1.О.01 Терапия
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.49 Терапия
Квалификация	Врач-терапевт
Форма обучения	Очная

Оценочные средства для текущего контроля успеваемости по дисциплине «Терапия»

Изучение данной дисциплины 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

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

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Организация терапевтической помощи.	1.Правовые основы Российского здравоохранения. 2. Использование современных информационных технологий в организации здравоохранения 3. Организация экспертизы трудоспособности
2	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний в практике врача-терапевта.	4. Виды диагноза, основы проведения дифференциального диагноза. 5.Реабилитация в терапии. 6. Немедикаментозные методы лечения, лечебное питание в профилактике и реабилитации терапевтических больных
3	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Заболевания органов дыхания	7. Обследование пациентов с патологией органов дыхания. 6.Бронхиты. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). 9. Бронхиальная астма 10. Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) 11. Пневмонии 12. Бронхоэктатическая болезнь 13. Саркоидоз

			14. Плевриты 15. Дыхательная недостаточность 16. Респираторные аллергозы
4	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Заболевания сердечно-сосудистой системы.	17. Методы исследования в кардиологии 18. Дислипидемии. 19. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия. Инфаркт миокарда 20. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. 21. Нарушения сердечного ритма и проводимости 22. Перикардиты 23. Кардиомиопатии 24. Кардиалгия в практике врача-терапевта 25. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.
5	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Заболевания органов пищеварения.	27. Клинические синдромы и методы исследования в гастроэнтерологии 28. Болезни пищевода. 29. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. 30. Функциональные гастроинтестинальные расстройства 31. Заболевания печени и желчевыводящих путей 32. Болезни поджелудочной железы. 33. Заболевания кишечника.
6	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Заболевания почек.	35. Методы исследования в нефрологии 36. Гломерулонефриты 37. Пиелонефриты 38. Острое почечное повреждение 39. Нефротический синдром 40. Амилоидоз почек 41. Хроническая болезнь почек
7	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Заболевания органов кроветворения.	34. Методы исследования в нефрологии 35. Гломерулонефриты 36. Пиелонефриты

			37. Острое почечное повреждение 38. Нефротический синдром 39. Амилоидоз почек 40. Хроническая болезнь почек
8.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Ревматические заболевания.	47. Общие вопросы ревматических заболеваний 48. Острая ревматическая лихорадка 49. Заболевания суставов 50. Остеопороз 51. Системные заболевания соединительной ткани 52. Системные васкулиты
9.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Онкологические заболевания	53. Диагностика паранеопластических синдромов в амбулаторных условиях
10	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Эндокринологические заболевания	54. Метаболический синдром
11	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Неотложная помощь в клинике внутренних болезней.	55. Неотложная помощь в кардиологии 56. Неотложная помощь в пульмонологии 57. Неотложная помощь в гастроэнтерологии 58. Неотложная помощь в эндокринологии 59. Неотложная помощь в аллергологии

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Раздел 1. Организация терапевтической помощи.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению в новых экономических условиях являются все, кроме

- 1) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
- 2) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
- 3) развитие общеврачебных практик
- 4) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
- 5) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторнополиклинической помощи
- 6) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков

Правильный ответ: 6

2. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться

- 1) на федеральном уровне

- 2) на региональном уровне
- 3) на уровне руководителя учреждения Правильный ответ: 3
3. Основными путями улучшения первичной медико-санитарной помощи являются
 - 1) введение врача общей практики и семейного врача
 - 2) повышение квалификации медицинского персонала
 - 3) совершенствование информационного обеспечения
 - 4) совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи
 - 5) повышение эффективности профилактической работы
 - 6) введение обязательной платы за обслуживание в поликлинике из личных средств пациента
 - 7) введение санитарно-гигиенического мониторинга
 Правильный ответ: 1,2,3,4,5
4. Первичная профилактика включает:
 - 1) проведение прививок;
 - 2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний;
 - 3) выявление заболеваний;
 - 4) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания; 5) повышение материального благосостояния. Правильный ответ: 1, 2
5. Вторичная профилактика включает:
 - 1) проведение прививок
 - 2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
 - 3) выявление заболеваний
 - 4) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания
 - 5) повышение материального благосостояния Правильный ответ: 4
6. Врачи поликлиники выполняют следующие виды работы:
 - 1) диагностику и лечение заболеваний;
 - 2) профилактическую работу;
 - 3) санитарно-просветительную работу;
 - 4) противоэпидемическую работу;
 - 5) ведение оперативно-учетной документации. Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5
7. Организация диспансерного наблюдения включает:
 - 1) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска;
 - 2) активное динамическое наблюдение и лечение;
 - 3) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
 - 4) регулирование потока посетителей поликлиники;
 - 5) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения. Правильный ответ: 1, 2, 3, 5
8. Право на получение листка нетрудоспособности имеют:
 - 1) граждане Российской Федерации;
 - 2) иностранные граждане, работающие в учреждениях РФ, независимо от форм собственности;
 - 3) учащиеся средних учебных заведений;
 - 4) безработные граждане, состоящие на учете в органах труда и занятости; 5) безработные граждане, не состоящие на учете в органах труда и занятости. Правильный ответ: 1, 2, 4
9. Терапевт принимает и проводит лечение пациентов
 - 1) с любыми нозологическими формами заболеваний
 - 2) с наиболее часто встречающимися и доступными для диагностики заболеваниями
 - 3) с острыми инфекционными заболеваниями Правильный ответ: 2

10. Не входит в функции регистратуры поликлиники 1) запись посетителей на приём к врачу

- 2) прием вызовов на посещение больных на дому
- 3) обеспечение оптимального потока посетителей на исследование
- 4) массовое направление посетителей на исследования Правильный ответ: 4

11. В течение амбулаторного периода наблюдения за больными, перенесшими миокардит, клинико-электрокардиографическое и лабораторное обследования проводятся не менее, чем: 1) 3-4 раза в год

- 2) 6 раз в год
- 3) не менее 2 раз в год Правильный ответ: 1

12. Медицинская профилактика включает:

- 1) проведение прививок;
- 2) проведение медицинских осмотров;
- 3) выявление заболеваний;
- 4) улучшение условий труда и отдыха;
- 5) повышение материального благосостояния. Правильный ответ: 1, 2

13. Санаторно-курортное лечение показано больным хроническим некалькулезным холециститом спустя

- 1) 1 месяц после обострения болезни
- 2) 2 месяца после обострения болезни
- 3) 3 месяца после обострения болезни
- 4) 6 месяцев после обострения болезни Правильный ответ: 2

14. Основные направления медицинской реабилитации:

- 1) ранняя диагностика болезни (травмы)
- 2) своевременная госпитализация
- 3) полноценное лабораторно-инструментальное обследование
- 4) раннее комплексное лечение (режим, диета, медикаменты и др.)
- 5) контроль за динамикой болезненного процесса и эффективностью лечения

Правильный ответ: 1-5

15. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- 1) злокачественным новообразованиям
- 2) болезням системы кровообращения
- 3) инфекционным и паразитарным болезням
- 4) травмам и отравлениям
- 5) болезням органов дыхания Правильный ответ: 2

16. Дневной стационар осуществляет следующие функции:

1) выполнение трансфузии крови и ее компонентов;
2) оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи больным с заболеваниями терапевтического профиля, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения;

3) лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача-терапевта участкового и хирурга поликлиники либо врача общей практики (семейного врача) после оперативных вмешательств в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации;

- 4) круглосуточное наблюдение за тяжелыми пациентами;
- 5) оказание плановой помощи больным туберкулезом легких

Правильный ответ: 2, 3

17. Основными разделами лечебно-профилактической помощи населению являются

- 1) профилактика, координация, лечение
- 2) профилактика, диагностика, лечение, реабилитация

- 3) диагностика и лечение Правильный ответ: 2
18. Медицинская помощь сельскому населению оказывается на следующих этапах, кроме
- 1) ФАП
 - 2) врачебной амбулатории
 - 3) сельского врачебного участка
 - 4) центральной районной больницы
 - 5) областных лечебно-профилактических учреждений
 - 6) межрайонных консультативных центров
 - 7) городской поликлиники Правильный ответ: 7
19. Под социально-гигиеническими факторами, влияющими на уровень медицинского обслуживания сельских жителей понимаются все, кроме
- 1) условий труда сельских жителей
 - 2) условий быта сельского населения
 - 3) санитарной культуры сельских жителей
 - 4) метеорологических условий Правильный ответ: 4
20. Принципы построения медицинской помощи сельскому населению и городскому едины, но в сельской местности оказывают влияние на ее организацию ниже перечисленные факторы, кроме
- 1) разбросанности населенных пунктов
 - 2) малой численности населения в них
 - 3) особенности сельскохозяйственного производства
 - 4) религиозной принадлежности населения Правильный ответ: 4
21. В задачи оказания амбулаторно-поликлинической помощи входит:
- 1) повышение качества медицинской помощи,
 - 2) повышение качества деятельности медицинских учреждений,
 - 3) интеграция профилактической и лечебной работы,
 - 4) осуществление мероприятий по первичной профилактике, 5) осуществление мероприятий по вторичной профилактике, 6) все перечисленное верно. Правильный ответ: 1,3,4,5
22. Целью диспансеризации населения является:
- 1) оценка здоровья населения на момент обследования,
 - 2) наблюдение за прикрепленным контингентом,
 - 3) сохранение здоровья пациентов конкретного ЛПУ,
 - 4) оказание специальной медицинской помощи,
 - 5) улучшение здоровья населения,
 - 6) своевременная госпитализация пациентов,
 - 7) все перечисленное верно. Правильный ответ: 5
23. Принципами организации медицинской помощи населению в амбулаторнополиклинических учреждениях являются: 1) индивидуальное отношение к пациентам,
- 2) участковость,
 - 3) диспансерный метод,
 - 4) профилактическое направление, 5) единство науки и практики, 6) все перечисленное верно. Правильный ответ: 6.
24. Численность обслуживаемого врачом общей практики (семейным врачом) населения должна составлять 1) 800-1000 человек
- 2) 1001-1500 человек
 - 3) 1501-2000 человек
 - 4) 2000 и более человек Правильный ответ: 3
25. Укажите основные задачи кабинета доврачебного приёма:

- 1) регулирование потока посетителей поликлиники, заполнение медицинской документации;
- 2) решение вопроса о срочности направления к врачу;
- 3) направление на диагностические исследования до приема врача, проведение антропометрии, измерение температуры тела, АД, глазного давления;
- 4) разработка плана мероприятий по первичной и вторичной профилактике; 5) участие в организации и проведении.

Правильный ответ: 1,2,3,5

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъеме до 2-го этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре: температура тела - 38,1°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими ясный легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный.

Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки на 3 см ниже края реберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. **Лабораторно. Общий анализ крови:** гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×10^9 /л, лейкоциты - 35×10^9 /л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.

Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет. **Биохимический анализ крови:** билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

Ответ.

1. Острый лейкоз (неуточненный вариант). Метапластическая анемия, средней степени тяжести. Метапластическая тромбоцитопения средней степени тяжести. Тяжелый геморрагический синдром. Метапластическая нефропатия. ХПН II Б по Рябову.

2. Диагноз поставлено на основании выделенных синдромов: геморрагический, анемический, гиперпластический, интоксикационный. В основе всех синдромов лежит замещение костного мозга опухолевой тканью с замещением нормального костного

бластными клетками и инфильтрацией всех органов и систем бластными клетками (нормохромная нормоцитарная анемия, тромбоцитопения, снижение факторов свертывания, снижение гуморального и клеточного иммунитета).

3. Пациенту рекомендовано: стерильная пункция (миелограмма) для подтверждения диагноза; Цитохимическая реакция на бластных клетках; проведение иммунофенотипирования (наиболее информативно) – для установления варианта острого лейкоза. Для дальнейшей динамики при проведении химиотерапии: фракции билирубина; расчет СКФ. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ. Маркеры вирусного гепатита.

4. Госпитализация в отделение гематологии. Специфическая химиотерапия в зависимости от установленного варианта острого лейкоза (острый миелолейкоз или острый лимфолейкоз).

Коррекция анемии – эритроцитарная масса или отмытые эритроциты, СЗП.

Тромбоконцентрат – показаний нет: геморрагический синдром в первую очередь обусловлен инфильтрацией печени и снижением выработки факторов свертывания (о чем говорит удлинение АЧТВ при нормальном ПТИ). Гепатопротекторы. Сорбенты.

5. Прогноз относительно неблагоприятный. При адекватной терапии – возможно достижение Ремиссии и выздоровление. На период лечения – полная потеря трудоспособности, направить на МСЭ для определения группы инвалидности, так как терапия в среднем занимает около 1,5 лет.

Ситуационная задача 2

Больная 41 год, менеджер. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в подвздошных областях, больше слева в течение дня, уменьшаются после дефекации; чувство распирания в животе, метеоризм. Стул ежедневный, малыми порциями «бобовидный».

Нет чувства полного опорожнения кишечника. Слабость, утомляемость, нарушение сна.

Описанные жалобы в течение 4 месяцев. Связывает с устройством на новую работу.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Вирусные гепатиты отрицает. Речную рыбу не употребляет. Травм, операций не было. Заболевание кишечника у бабушки по материнской линии. Аллергологический анамнез спокоен.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, частотой 72 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный. При глубокой пальпации определяется спазмированная сигмовидная кишка, умеренно болезненная. Печень по краю реберной дуги. Размеры по Курлову 9*8*7 см. Пузырные симптомы отрицательные.

Дополнительные методы обследования: Нб 134 г/л, лейкоц. 4.2x10⁹/л, СОЭ 5 мм/час.

Билирубин общий 16.3 мкмоль/л, прямой 3.6 мкмоль/л; АЛТ 21 ме/л (7-53 МЕ/л); АСТ 17 (11-

47 МЕ/л); амилаза крови 40 Ме/л (35-118 МЕ/л)

Ректосигмоскопия: осмотрено 15 см, слизистая розовая, без особенностей.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план дифференциальной диагностики.

2. Составьте план дообследования больного.

3. Определите тактику ведения больной. Составьте план лечения.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Есть ли признаки стойкой нетрудоспособности?

Ответ.

1. Синдром раздраженного кишечника, в фазе обострения легкой степени тяжести.

2. Дифференциально-диагностический ряд: рак кишечника, воспалительные заболевания толстого кишечника, гипотиреоз, синдром раздраженного кишечника.

3. Клинический и биохимический анализ крови; общий анализ мочи; анализ на скрытую кровь, кал на дисбактериоз; копрограмма; УЗИ органов брюшной полости и малого таза; ректороманоскопия; ЭГДС; ирригоскопия; ЭКГ; консультация специалистов: невролога, уролога, гинеколога и др.

4. Лечение амбулаторное. Лечебные мероприятия: психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков, богатая пищевыми волокнами и с достаточным количеством жидкости. Регуляторы моторики: тримедат 100мг 3 раза в день курсом до 8 нед. Препараты лактулозы 30 мл ежедневно во время еды с водой до 8 недель.

5. Больная трудоспособна.

6. Признаков стойкой нетрудоспособности не выявлено.

Ситуационная задача 3

Больной Т., 48 лет, дворник из РЭУ-7, вызвал участкового врача на дом. Предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 40°С; с ознобом; выраженную общую слабость, потливость; кашель с выделением "ржавой" мокроты; одышку при небольшой физической нагрузке и в покое; боли в грудной клетке слева при дыхании и кашле. Заболел остро, 2 дня назад, когда внезапно повысилась температура до 39,50С, появились вышеописанные жалобы. Принимал аспирин, жаропонижающий эффект кратковременный.

Объективно: общее состояние тяжелое, обусловлено интоксикацией и дыхательной недостаточностью, t 39,50С. Кожные покровы влажные, гиперемия лица, герпетические высыпания на губах. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Определяется умеренное отставание левой половины грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания слева в нижних отделах легкого. При перкуссии - укорочение перкуторного звука в подлопаточной области слева. Аускультативно – ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах левого легкого. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 110 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поясничная область не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. пальпируется.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план дифференциальной диагностики.

2. Составьте план обследования больного.

3. Определите тактику ведения больного. Составьте план лечения.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Есть ли признаки стойкой нетрудоспособности?

Ответ

1. Внебольничная пневмония В нижней доле слева, тяжелое течение, выраженный интоксикационный с-м. ДН II-III. Herpes labialis.

2. Общий анализ крови, мочи, мокроты, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, рентгенография ОГК, ЭКГ, спирография.

3. Показана экстренная госпитализация в стационар. План лечения: антибиотики широкого спектра действия или респираторные фторхинолоны; жаропонижающие, дезинтоксикационная терапия; муколитики.

4. Временно нетрудоспособен на весь период лечения пневмонии, при тяжелой пневмонии ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют 6-8 нед.

5. Решение вопроса о признаках стойкой нетрудоспособности зависит от исхода заболевания.

Ситуационная задача 4

Мужчина, 58 лет, стропальщик, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на одышку при подъеме на один лестничный пролет, кашель с вязкой мокротой желтозеленого цвета, повышение температуры до 37,8°С

Из анамнеза: Курит по 1,5 пачки последние 30 лет. Кашель беспокоит давно, но за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 5 лет обострения весной и осенью. Настоящее ухудшение

в течение 2-х дней, по настоянию жены обратился к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное, $t = 37,6^{\circ}\text{C}$. Кожа влажная, бледная. Рост = 187 см. Вес = 117 кг. В легких: дыхание жесткое, сухие диффузные хрипы. ЧД = 21 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 134/82 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, край её гладкий, ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 х 8 х 7 см. Селезенка: 8 х 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно, дизурии нет. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Результаты лабораторно-инструментального обследования

ОАК: эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 157 г/л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 23%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 6%, тромбоциты – $283 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 28 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены.

ЭКГ: ритм синусовый, 82 в 1 мин. RIII > RII > RI. RV5 = SV5. P II, III повышен и уширен.

Биохимические исследования крови: Глюкоза = 5,2 ммоль/л. Креатинин = 65 мкмоль/л. Билирубин = 17,3 мкмоль/л. АСТ = 21 МЕ, АЛТ = 33 МЕ, калий = 3,7 ммоль/л. Общий холестерин = 7,1 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации = 90 мл/мин/1,73 м² (СКД-ЕРІ).

Рентгенография органов грудной клетки: горизонтальный ход рёбер, межреберные промежутки широкие. Прозрачность легочных полей повышена, легочный рисунок обеднён. SpO₂ – 92% в покое, 87% при нагрузке 1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований

3. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с

Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации

4. Охарактеризуйте основные задачи врача при оказании медицинской помощи данному пациенту.

5. Требуется ли оформить освобождение больного от работы, направить на врачебную комиссию?

Ответ:

1. Диагноз: Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), степень тяжести обструкции не уточнена, группа D (выраженные симптомы, частые обострения), эмфизематозный тип, обострение средней степени тяжести. ДН 2 ст. Ожирение 1 степени.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

Для подтверждения диагноза ХОБЛ: исследование функции внешнего дыхания, по данным спирометрии рекомендуется использовать критерий экспираторного ограничения воздушного потока – ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7.

Для уточнения степени тяжести заболевания по GOLD: степень снижения ОФВ1 при спирометрии.

Для определения степени обратимости бронхиальной обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов: бронходилатационный тест.

Для дифференциальной диагностики: анализ мокроты (обнаружение лейкоцитов и отсутствие элементов, характерных для бронхиальной астмы и атипичных клеток)

Для объективизации степени снижения толерантности к нагрузке в настоящее время и для динамической оценки на фоне проводимой терапии: тест 6-минутной ходьбы.

Для оценки осложнений: Эхо-КГ, оценка состояния и функции сердца, легочной гипертензии, т.к. по данным ЭКГ – признаки гипертрофии правых отделов сердца

Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи: 1 этап (обращение к участковому терапевту) — первичная врачебная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания;

2 этап (консультация пульмонолога) — специализированная медицинская помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания;

3 этап (долечивание) — первичная врачебная или специализированная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания.

4. Оказание амбулаторной консультативной, лечебно-диагностической помощи, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление пациента на консультацию пульмонолога, взятие пациента на диспансерный учет, осуществление мер первичной и вторичной профилактики, ведение медицинской документации.

5. Пациенту необходимо выдать лист нетрудоспособности, так как имеется обострение заболевания - медицинский критерий и неспособность выполнять профессиональную деятельность - социальный критерий.

Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 7-10 дней. Лист нетрудоспособности выдаётся лечащим врачом (участковым терапевтом, врачом общей практики) единовременно до 15 дней. При необходимости продления листа нетрудоспособности более 15 дней, пациент направляется на врачебную комиссию.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности в настоящее время пациенту не показана (степень выраженности стойких нарушений функций составляет 10%); при прогрессировании заболевания (увеличении частоты и длительности обострений, прогрессировании ДН) показано направление в бюро медико-социальной экспертизы.

Ситуационная задача 5

Женщина 52 года, кондитер, обратилась к врачу с жалобами на тошноту, боли в эпигастральной области опоясывающего характера, усиливающиеся ночью в положении лежа на спине, вздутие живота, метеоризм, кашицеобразный стул 3-4 раза в сутки, без патологических примесей.

Из анамнеза: считает себя больной в течение пяти лет, когда впервые стала отмечать боли в эпигастральной области, появившиеся после погрешностей в диете (употребления жирной, жареной пищи), тошноту, вздутие живота. Жалобы проходили самостоятельно после соблюдения диеты. В дальнейшем к жалобам добавился обильный кашицеобразный стул, боли стали опоясывающими, самостоятельно уже не проходили. Принимала но-шпу, мезим по совету знакомых. За медицинской помощью не обращалась. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи на празднике появились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошнота, вздутие живота, кашицеобразный стул. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдает сахарным диабетом 2 типа.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост = 163 см, вес = 73 кг; ИМТ = 27,5 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 66 в 1 мин; АД = 135/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области и в области левого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона и в зоне Шоффара (гепатопанкреатодуоденальной зоне). Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Диурез не изменен ***Результаты клинико-лабораторных исследований:***

ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; Hb – 131 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 7 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, Глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 17 мкмоль/л; непрямой билирубин – 15,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 29 Ед/л; АСТ – 22 Ед/л; амилаза – 42 Ед/л; ОХС – 5,0 ммоль/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 65 г/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь – без патологических изменений. Поджелудочная железа: повышение эхогенности ткани, неоднородность эхоструктуры (диффузная очаговость паренхимы). Визуализируется дилатация главного панкреатического протока (более 3,5 мм в теле и до 1,5 мм в хвосте), расширение боковых ветвей, неравномерность контура главного протока ПЖ.

ЭКГ: синусовый ритм, 62 в мин.

Определение активности панкреатической эластазы-1 в кале: 140 мкг эластазы на 1 г кала; Копрологическое исследование: консистенция – мягкий; форма – не оформленный; цвет – коричневый; реакция – нейтральная; слизь, кровь – отсутствуют. микроскопия кала (копрограмма): мышечные волокна ++; нейтральный жир +++; жирные кислоты – незначительное количество; мыла – незначительное количество; растительная клетчатка (переваренная) – единичные клетки; (непереваренная) – умеренное количество; крахмал ++; иодофильная флора – отсутствует; слизь, эпителий – отсутствуют; лейкоциты – единичные. Анализ кала на яйца гельминтов (трижды): отрицательно.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз,
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Что представляет собой диспансерное наблюдение? Составьте план диспансерного наблюдения для данного пациента.

4. Требуется ли освобождение от работы и каков порядок оформления?

Ответ.

1. **Диагноз:** Хронический панкреатит, средняя степень тяжести, с умеренной экзокринной недостаточностью, редко рецидивирующий вариант, стадия обострения.

2. В план обследования необходимо включить:

☐ Динамическую магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ) с секретинным тестом для идентификации морфологических изменений протоков поджелудочной железы, жидкостных структур, а также для оценки внешнесекреторного резерва ПЖ;

☐ При сомнительных результатах МРПХГ может быть рекомендовано проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ);

☐ ЭРХПГ дает возможность обнаружить изменения протока поджелудочной железы и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»);

☐ Для оценки эндокринной функции ПЖ рекомендовать дополнительно проведение теста на толерантность к глюкозе. В зависимости от результатов исследования – консультацию эндокринолога.

☐ Для выполнения стандарта общеклинического минимума провести ФГК, рекомендовать консультацию гинеколога.

3. Диспансерное наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, указанных лиц, организуется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.03.19 г. № 173-н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год включает в себя:

- ☐ Оценку общего состояния больного, жалоб и физикальных данных;
- ☐ Проведение контрольных обследований (ОАК, ОАМ, ЭКГ, ФГК, исследование ферментов ПЖ в сыворотке крови в динамике, определение концентрации глюкозы крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции – копрологическое исследование, исследование кала на эластазу 1);

- ☐ УЗИ ПЖ и желчевыводящей системы;
- ☐ Решение вопросов о проведении курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии.

В стадии ремиссии может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (на курортах:

Маян, Нижние Серьги, Обуховский, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, и др.).

4. В данной ситуации: Пациент нетрудоспособен. Первичный ЭЛН оформляется врачом участковым терапевтом единолично в день обращения. Одномоментно выдается ЭЛН сроком не более 10 дней. Пациенту назначается прием в день завершения ЭЛН для оценки состояния, результатов проведенного обследования, эффективности проводимой терапии. По итогам приема будет принято решение о продлении, либо закрытии ЭЛН. Средние сроки лечения с данным заболеванием 10-14 дней.

Раздел 2. Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний в практике врача-терапевта.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. В клинику поступила больная 42 лет с ревматическим сочетанным митральным пороком сердца. С целью уточнения диагноза ей проведено рентгенологическое исследование. Укажите рентгеноскопические и рентгенографические признаки, характерные для митрального стеноза, в отличие от недостаточности митрального клапана: а) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса; б) отсутствие симптома «коромысла»; в) резкое увеличение левого желудочка; г) отклонение пищевода по дуге большого радиуса; д) отсутствие увеличения левого желудочка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в;
2. б, в, г;
3. б, г, д; 4. а, б, д;
5. в, г.

Правильный ответ: 4

2. При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность? а) рентгенографии сердца; б) эхокардиографии; в) электрокардиографии; г) фонокардиографии; д) сцинтиграфии миокарда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. все верно;
2. а, в, д;
3. б, в, г; 4. б, д;
5. а, б.

Правильный ответ: 5

3. Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?

1. зондирования правых отделов сердца;
2. зондирования левых отделов сердца;
3. рентгеноконтрастной левой вентрикулографии; 4. рентгенографии сердца; 5. грудной аортографии. Правильный ответ: 3

4. Укажите, какие из перечисленных симптомов наблюдаются при сдавливающем перикардите: а) отсутствие верхушечного толчка; б) наличие шумов в сердце; в) увеличение печени; г) появление асцита; д) спленомегалия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в, г;
2. б, г, д;

3. а, г, д;

4. б, в, г;

Правильный ответ: 1

5. Укажите, какие из приведенных данных специальных методов исследования являются характерными для сдавливающего перикардита: а) повышение артериального давления; б) гипопротейнемия; в) высокие цифры венозного давления; г) резкое снижение вольтажа всех зубцов на ЭКГ; д) лейкопения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в;

2. а, в, г;

3. б, в, д;

4. б, в, г;

5. а, в, д.

Правильный ответ: 4

6. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют: а) одышка и утомляемость при физической нагрузке; б) яркий румянец; в) АД с большим пульсовым колебанием за счет низкого диастолического давления; г) систоло-диастолический шум во II—III межреберье слева от грудины; д) диастолический шум в III межреберье справа от грудины. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г;

2. б, д;

3. б, в, д;

4. а, д;

5. все ответы правильные. Правильный ответ: 1

7. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено: смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены вверх и влево, сердечная талия сглажена. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум. Акцент II тона над легочным стволом. При R-графии: увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз?

1. сужение левого атриовентрикулярного отверстия;

2. недостаточность митрального клапана;

3. подострый затяжной эндокардит;

4. недостаточность клапана аорты;

5. стеноз устья аорты. Правильный ответ: 2

8. Для острой ишемии конечности 1б степени, развившейся на почве острого тромбоза бедренной артерии, характерны признаки: а) боли в покое; б) ограничение активных движений в суставах конечности; в) парестезии; г) чувство онемения и похолодания конечности; д) субфасциальный мышечный отек. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в, г;

2. а, б, в;

3. в, г, д;

4. г;

5. все верно. Правильный ответ: 1

9. Укажите основные клинические симптомы массивной тромбоэмболии легочных артерий: а) боли за грудиной; б) коллапс; в) цианоз лица и верхней половины туловища; г) набухание и пульсация яремных вен; д) гидроторакс. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в;

2. а, в, г;

3. а, б, д;

4. все ответы правильные. Правильный ответ: 4

10. Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки: а) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; б) постоянный отек всей конечности; в) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; г) отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; д) судороги икроножных мышц голени в покое. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. б, в, д;
2. а, б, д;
3. в, г, д;
4. а, в, д;
5. все ответы правильные. Правильный ответ:3

11. С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей? а) окклюзия артерий голени; б) недостаточность перфорантных вен; в) недостаточность клапанов ствола большой подкожной вены; г) острый тромбоз глубоких вен голени; д) дерматит и лимфостаз. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. б, в;
2. б, д;
3. в, г; 4. а, б, в;
5. а, в, д.

Правильный ответ:1

12. У больной 56 лет, страдающей ИБС и мерцательной аритмией, диагностирована эмболия правой подвздошной артерии. При исследовании системы гемостаза у этой больной можно ожидать следующие нарушения: а) гипокоагуляция; б) гиперкоагуляция; в) угнетение фибринолиза; г) гиперагрегация тромбоцитов; д) гипоагрегация тромбоцитов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г;
2. б, в, г;
3. а, в, г; 4. а, д;
5. б, г.

Правильный ответ:2

13. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

1. экспираторная; 2. инспираторная; 3. смешанная. Правильный ответ:1

14. Для каких из перечисленных заболеваний характерен обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции? а) хронический обструктивный бронхит; б) бронхиальная астма; в) сердечная астма; г) обструктивная эмфизема легких; д) тромбоэмболия легочной артерии. Выберите правильную комбинацию:

1. б, в;
2. а, б, г, д;
3. все ответы правильные;
4. а, б, в; 5. а, б, в, г.

Правильный ответ:1

15. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе;
- 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе;
- 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе. Правильный ответ:3

16. Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы?

1. влажные хрипы;
2. сухие хрипы на вдохе; 3. сухие хрипы на выдохе. Правильный ответ:3

17. Для клиники хронического гастрита характерно:

1. субфебрильная температура;
2. умеренный лейкоцитоз;

3. диспепсический синдром;
 4. диарея;
 5. спастический стул. Правильный ответ:3
18. Что может подтвердить пенетрацию язвы по клинической картине? Верно все, кроме одного:
- 1) усиление болевого синдрома;
 - 2) изменение характерного ритма возникновения болей;
 - 3) уменьшение ответной реакции на антациды;
 - 4) мелена;
 - 5) появление ночных болей. Правильный ответ:4
19. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:
1. гиперсекреция соляной кислоты;
 2. дуоденит;
 3. заболевания желчного пузыря;
 4. хеликобактериоз;
 5. курение.
- Правильный ответ:3
20. В ЖКТ желчь подвергается реабсорбции. Где это происходит?
1. в двенадцатиперстной кишке;
 2. в проксимальном отделе тощей кишки;
 3. в тощей кишке (в терминальном отделе);
 4. в подвздошной кишке (в дистальном отделе);
 5. в толстой кишке.
- Правильный ответ:4
21. Достоверная верификация диагноза реноваскулярной гипертонии возможна по результатам:
1. УЗИ почек
 2. Селективной аортографии
 3. ЭХО-КГ
 4. Радиоизотопной ангиографии
 5. Внутривенной урографии
- Правильный ответ:2
22. При какой из перечисленных нозологических форм характерно сочетание артериальной гипертонии и анемии:
1. Гипертонической болезни
 2. Синдроме Иценко-Кушинга
 3. Синдроме Конна
 4. ХПН
 5. Феохромоцитоме
- Правильный ответ:4
23. Какой (ие) из перечисленных результатов лабораторного и инструментального обследования наиболее характерен для ИЭ:
1. Анемия
 2. Ускоренное СОЭ
 3. Вегетации на клапанах при ЭХО-КГ
 4. Гематурия
 5. Все перечисленные
- Правильный ответ:5
24. Внезапное начало приступа с неприятных ощущений в сердце, сердцебиения с частотой сердечных сокращений 180 в 1 минуту, головокружения, потливости, обнаружение на ЭКГ частого правильного ритма, неизмененного комплекса QRS, отсутствие зубца Р и внезапное окончание приступа характерно для:
1. Синусовой тахикардии
 2. Частой экстрасистолии
 3. Наджелудочковой пароксизмальной тахикардии

4. Пароксизмальной мерцательной аритмии
5. Желудочковой пароксизмальной тахикардии Правильный ответ:3
25. Для спонтанной стенокардии наиболее характерны:
 1. Боли на высоте физической нагрузки
 2. Эффект бета-блокаторов
 3. Боли интенсивные, не связанные с физической нагрузкой
 4. Четкий эффект нитроглицерина
 5. Косо нисходящая депрессия ST на 2 мм и более во время приступа

Правильный ответ:3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

В поликлинику к терапевту обратился больной 40 лет с выраженным асцитом, отеками на нижних конечностях, расширением подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, шее. Из расспросов больного выявить причину заболевания не удастся, нельзя исключить сдавливающий перикардит, цирроз печени с портальной гипертензией.

Задания.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите, какие методы исследования необходимы для исключения или подтверждения одного из предполагаемых диагнозов.

3. Тактика ведения данного больного. Эталон ответов.

1. Для исключения цирроза печени в результате вирусного гепатита: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, анализ крови на вирусные гепатиты, УЗИ/КТ органов брюшной полости.

2. Для исключения кардиального цирроза: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, УЗИ/КТ органов брюшной полости. 3. Направить на стационарное лечение для точной диагностики и лечения.

Ситуационная задача № 2.

Больная 16 лет обратилась к терапевту с жалобами на боли в области сердца по типу стенокардических, головокружения, обмороки. При пальпации области сердца над аортой выявляется систолическое дрожание, верхушечный толчок смещён влево. Аускультативно над верхушкой сердца отмечено ослабление I тона, над аортой II тон ослаблен. Грубый систолический шум над аортой.

Задания.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите, какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.

3. Тактика ведения данного больного. Эталон ответов.

1. Врожденный порок сердца (стеноз устья аорты).
2. Дополнительные обследования: эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки. 3. Направить на консультацию кардиолога.

Ситуационная задача № 3

На приеме терапевта поликлиники: у мужчины 51 года отмечаются длительные боли давящего характера в правом подреберье после употребления жирной пищи. При обследовании: желтухи и гепатоспленомегалии нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ - 30 мм/ч. **Задания.**

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите, какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.

3. Тактика ведения данного больного. Эталон ответов.

1. Хронический холецистит в фазе обострения.

2. Дополнительные обследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости. 3. Направить на стационарное лечение.

Ситуационная задача № 4

У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании в поликлинике выявлена гликемия натощак - 9,2 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом.

Задания.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения данного больного. **Эталон ответов.**

1. Сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) 2. Проинструктировать о соблюдении диеты. Направить на консультацию эндокринолога.

Ситуационная задача № 5

К терапевту поликлиники обратился пациент с жалобами на дисфагию, анорексию, похудание. Впервые заболел 3 месяца назад, когда появилось затруднение прохождения твердой пищи, за последнюю неделю с трудом проходит полужидкая и жидкая пища.

Задания.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите, какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.

3. Тактика ведения данного больного. **Эталон ответов.**

1. Рак пищевода.
2. Дополнительные обследования: рентгенологическое исследование пищевода с контрастом, ФГДС с прицельной биопсией. 3. Направить на консультацию онколога.

Раздел 3. Заболевания органов дыхания

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Ослабление голосового дрожания возникает при:

- 1) Пневмонии
- 2) Гидротораксе
- 3) Обтурационном ателектазе легкого
- 4) Инфаркте легкого
- 5) Опухоли легкого

Правильный ответ: 2,3

2. Какие дыхательные шумы меняются после откашливания:

- 1) Крепитация
- 2) Шум трения плевры
- 3) Хрипы

Правильный ответ: 3

3. Объясните, почему после откашливания уменьшаются басовые сухие хрипы:

- 1) Уменьшается бронхоспазм
- 2) Уменьшаются проявления раннего экспираторного закрытия бронхов
- 3) Происходит отхаркивание вязкой мокроты
- 4) Уменьшается отек интерстициальной ткани

Правильный ответ: 3

4. При какой патологии обычно выслушиваются влажные незвучные хрипы в легких? 1) Пневмоторакс

- 2) Пневмония
- 3) Плевральный выпот
- 4) Рак легкого 5) Эмфизема легких

Правильный ответ: 2

5. Госпитальными (нозокомиальными) называются пневмонии, развивающиеся:

- 1) Во время пребывания в стационаре независимо от срока с момента поступления
- 2) После выписки из стационара
- 3) В связи с инфекцией полирезистентными штаммами условно-патогенных возбудителей, часто относимых к числу <госпитальных> независимо от срока пребывания в стационаре
- 4) Через 48 ч и более с момента поступления в стационар
- 5) Вне стационара, но протекающие тяжело и требующие госпитализации

Правильный ответ:4

6. Какая из ниже перечисленных пневмоний не может быть отнесена к нозокомиальной? 1) Послеоперационная

- 2) При ИВЛ
- 3) Развившаяся во время пребывания в доме престарелых
- 4) Аспирационная

Правильный ответ:3

7. Атипичной пневмонией является:

- 1) Пневмония, вызванная стафилококком (*S. aureus*)
- 2) Пневмония, вызванная гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*)
- 3) Пневмония, вызванная вирусом
- 4) Пневмония, имеющая атипичное течение
- 5) Пневмония, вызванная легионеллой (*L. pneumoniae*)

Правильный ответ:5

8. Алгоритм обследования больного с внебольничной пневмонией тяжелого течения должен включать: 1) Общий анализ крови

- 2) Общий анализ мокроты с посевом на чувствительность к антибиотикам
- 3) Гемокультура
- 4) Общий анализ мокроты с бактериоскопией
- 5) Все вышеперечисленное

Правильный ответ:5

9. Серодиагностика при внебольничной пневмонии показана при:

- 1) Тяжелом течении пневмонии
- 2) Неэффективности - бета-лактамов
- 3) По эпидпоказаниям
- 4) Всего вышеперечисленного

Правильный ответ:4

10. Укажите основной рентгенологический признак бактериальной пневмонии:

- 1) Гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
- 2) Картина ателектаза
- 3) Тяжистый легочный рисунок
- 4) Диффузное снижение прозрачности

Правильный ответ:1

11. Основным возбудителем внебольничных пневмоний является:

- 1) Пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*)
- 2) Стафилококк (*S. aureus*)
- 3) Гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)
- 4) Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*)
- 5) Легионелла (*L. pneumoniae*)

Правильный ответ:1

12. Укажите возбудителей атипичной пневмонии: 1) *Streptococcus pneumoniae*

- 2) *Mycoplasma*
- 3) *Haemophilus influenzae* 4) *Chlamidia*

Правильный ответ:2,4

13. Что из перечисленного относится к лёгочным осложнениям пневмонии?

- 1) Острая дыхательная недостаточность
- 2) Абсцесс и гангрена легкого
- 3) Парапневмонический плеврит
- 4) Все перечисленное

Правильный ответ:4

14. Что из перечисленного не относится к внеорганным осложнениям пневмонии?

- 1) Анемия
- 2) Парапневмонический плеврит
- 3) ДВС-синдром
- 4) Гепатит

Правильный ответ: 2, 4

15. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика при подозрении на пневмонию?

- 1) Туберкулез легких
- 2) Саркоидоз
- 3) Инфаркт легкого
- 4) Опухоль легкого
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

16. Для пневмонии, в отличие от застойных явлений в легких, не характерно:

- 1) Незвонкие влажные хрипы в нижне-задних отделах
- 2) Звонкие влажные хрипы
- 3) Боли при дыхании
- 4) Очаговые тени
- 5) Шум трения плевры

Правильный ответ: 1

17. Какой признак не характерен для острого абсцесса лёгких?

- 1) Гектическая лихорадка
- 2) Наличие крепитации
- 3) Эластические волокна в мокроте
- 4) Нейтрофильный лейкоцитоз
- 5) Примесь крови в мокроте

Правильный ответ: 2

18. Характеристика абсцесса лёгкого, соединённого с бронхом:

1) Притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону

2) То же, но смещение в сторону притупления

3) Притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы

4) Притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония

5) Инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация
Правильный ответ: 3

19. Наличие кровохарканья при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:

- 1) Рак бронха
- 2) Бронхиальную астму
- 3) Бронхоэктатическую болезнь
- 4) Пневмонию
- 5) Хронический гнойно-обструктивный бронхит

Правильный ответ: 1

20. В диагнозе при пневмонии должно быть отражено:

- 1) Вариант пневмонии
- 2) Этиология
- 3) Локализация процесса
- 4) Наличие осложнений
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

21. Принцип, лежащий в основе классификации пневмоний

- 1) патогенетический
- 2) этиологический
- 3) клинический

Правильный ответ: 3

22. Основной рентгенологический признак бактериальной пневмонии

- 1) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту

- 2) картина ателектаза
- 3) тяжистый легочный рисунок
- 4) диффузное снижение прозрачности Правильный ответ: 1

23. Препараты выбора для лечения атипичной пневмонии

- 1) полусинтетические пенициллины
- 2) макролиды
- 3) цефалоспорины первого и второго поколений Правильный ответ: 2

24. Ступенчатая терапия пневмонии

- 1) увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
- 2) уменьшение дозы антибиотика
- 3) переход с парентерального введения антибиотика на прием перорально
- 4) смена антибиотиков в процессе лечения Правильный ответ: 3

25. Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а - к детям и подросткам; б - к лицам, пробуящим табак; в - к недавно курящим; г - к давно курящим.

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

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Больная Е., 50 лет, обратилась с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой мокротой слизисто-гнойного характера. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день.

Объективно: Температура тела 39,4°С. SaO₂ 89%. Общее состояние тяжелое. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание усилено справа в нижних отделах, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей ослабленное везикулярное дыхание, определяются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 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 данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания. **Эталон ответов**

1. Внебольничная бактериальная пневмония в нижней доле правого легкого, ДНП.

2. Общий анализ крови. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты. Анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки. Компьютерная томография органов грудной клетки по показаниям. Пульсоксиметрия.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого, респираторный дистресс-синдром.

4 Пациентка нуждается в стационарном лечении, в дальнейшем в санаторно-курортном лечении. **Принципы лечения:**

Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала.

Диета ОВД. Обильное питье.

Кислородотерапия.

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины, макролиды, цефалоспорины 34 поколения, антибиотики резерва - фторхинолоны (в т.ч. респираторные), карбапенемы.

Муколитическая терапия: амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин.

Бронхолитическая терапия: теофиллины.

Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

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

Ситуационная задача № 2.

Больная В., 43 лет предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья, особенно затруднён выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинённым выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. SaO₂ 94%. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При обследовании: Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема лёгких.
2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно), спирография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.
3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность.
4. Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

Принципы лечения: Кислородотерапия. Парэнтерально - в/в преднизолон 30-60 мг или дексаметазон 4-8 мг, эуфиллин 2,4% 5-10 мл. Небулайзерная терапия- пульмикорт 1 – 2 мг, беродуал 2-2,5 мл (40-50 капель) ингаляционно небулайзером, повторно, при отсутствии эффекта, через 30 минут в той же дозе. Базисная терапия: ингаляционные

глюкокортикостероиды: будесонид, бекламетазон. Антилейкотриеновые препараты (аколат, сингуляр). Теофиллины (эуфиллин, теопек). Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, форадил, серевент. Комбинированные препараты: форадил комби, симбикорт. Дыхательная гимнастика. Массаж.

Ситуационная задача №3.

Мужчина, Н., 56 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения.

Из анамнеза – курит около 38 лет до 15-20 сигарет в день, в течение последних 5 лет отмечает утренний кашель с небольшим выделением мокроты.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧДД 26 в минуту. SaO₂ 94%. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД -115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

При обследовании: В ОАК - эритроциты -4,2х10¹²/л, гемоглобин -124 г/л, Hct-47%, ЦП -0,85, лейкоциты -15,4 тыс. (п/я -4%, с/я -72%), лимфоциты -16%, эозинофилы -1%, базофилы -1%, моноциты -4%), СОЭ -42 мм/ч, СРБ -+++.

В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 5080 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В общем анализе мочи: удельный вес -1017, следы белка, лейкоциты -0-1-2 в поле зрения.

Задания:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2.Составьте и обоснуйте план исследования 3.Назначьте лечение **Эталоны ответов:**

1.Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, течение средней тяжести. Хроническая обструктивная болезнь легких, средне-тяжелое течение, ст. обострения. ДНст.

Диагноз пневмонии средней степени тяжести установлен на основании жалоб на повышение температуры тела до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле; анамнеза болезни: заболел остро три дня назад, после переохлаждения; объективных данных: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз, число дыхательных движений в покое 26 в минуту: отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука, аускультативных данных: справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД -115/75 мм рт. ст. В пользу наличия острого воспаления свидетельствуют также результаты лабораторных

исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков. Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании данных анамнеза – курит в течение 38 лет до 15-20 сигарет в день (длительное курение), в течение последних 5 лет отмечается утренний кашель с небольшим выделением мокроты; объективных данных: над легкими рассеянные сухие жужжащие хрипы. Одышка и периферический цианоз указывают на развитие у больного пожилого возраста с ХОБЛ дыхательной недостаточности.

2. В плане дополнительных исследований необходимо предусмотреть: 1) рентгенологическое исследование (рентгенограмма) органов грудной клетки – для выявления (или исключения) инфильтрации легочной ткани нижней доли правого легкого; 2) серологическое исследование – для определения возбудителя; 3) посев мокроты на микрофлору и чувствительности микрофлоры к антибиотикам (до назначения антибактериальных препаратов); 4) ФВД – для оценки бронхиальной проходимости; 5) парциальное давление кислорода (O_2) и углекислого газа (CO_2) в капиллярной крови – для выявления степени гипоксии (дыхательной недостаточности).

3. С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии препараты пенициллинового ряда (амоксциллин, амоксиклав) или цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидами (азитромицин) и муколитические средства (амброксол), при необходимости – противовоспалительные средства (вольтарен, парацетамол), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии – пять суток с момента нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

Ситуационная задача №4.

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °C.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойности мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °C. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. ЧДД 22 в минуту. SpO_2 94%. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких – дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС – 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс – 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/85 мм рт.ст. Со стороны органов пищеварения и мочевого выделения патологии не выявлено.

При обследовании: Общий анализ крови: НВ -155 г/л, эритроциты -4,9х10¹²/л, лейкоциты 9,7х10⁹/л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные -57 %, лимфоциты -36 %, моноциты -2 %. СОЭ -17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост *Streptococcus pneumoniae*, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину. ЭКГ: синусовая тахикардия -105 уд/мин, высокий зубец Р в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов. ОФВ1-53%, ЖЕЛ 64%.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования 3. Назначьте лечение **Эталоны ответов:**

1. ХОБЛ, смешанный тип (эмфизематозный и бронхитический), II ст, обострение ассоциированное инфекцией, среднетяжелое течения. ДН II ст.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет.

При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких -дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС -88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины.

Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ-гипертрофия правых отделов сердца; Спирография-изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ1-53%, ЖЕЛ 64%.

2. Пациенту рекомендовано: эхокардиография (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); Бронхоскопию (для проведения санации бронхов, БАЛ (бронхоальвеолярный лаваж), определения наличия бронхоэктазов). Анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления).

3. Получает следующее лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: беродуал, холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теofilлин, кислород. М-холинолитики -препараты первого ряда, назначаются обязательно при всех степенях тяжести заболевания. Комбинация бронхорасширяющих средств: бета2-агонисты и антихолинергического препарата (короткого или длительного действия), улучшает бронхиальную проходимость в большей степени, чем при монотерапии. Снижен риск побочных эффектов. Препараты теofilлина длительного действия присоединяют при недостаточной эффективности М-холинолитиков и р2-адреноми-метиков, показаны при ночных проявлениях болезни. Глюкокортикоидная терапия применяется при неэффективности максимальных доз бронхорасширяющих средств. Предпочтение отдается ингаляционным глюкокортикоидам. Эти препараты назначают дополнительно к бронхолитической терапии при ОФВ1 <50 % и повторяющихся обострениях. Регулярное

лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ и при высоком содержании эозинофилов в мокроте.

Ситуационная задача №5.

Больной Ж., 64 лет, обратился к терапевту с жалобами на температуру 38,6С, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты с неприятным запахом, особенно по утрам, за сутки выделяется до 350 мл, периодически кровохарканье, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, недомогание. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожножировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, указательный палец длиннее безымянного. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧДД -26 в мин. SaO₂ 88%. При перкуссии над нижними отделами легких 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. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1.Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения. ДНП. Синдром наследственных нарушений или синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ), недифференцированный вариант. Диагноз бронхоэктатической болезни (БЭБ) установлен на основании:1) данных субъективного исследования: синдром интоксикации, лихорадка субфебрильная, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам; длительность заболевания, наличие обострений; 2) объективных данных: при осмотре: грудная клетка бочкообразной формы. ЧДД -22 в мин., определяется бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей; при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких; при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы. Диагноз синдрома наследственных нарушений определен по наличию следующих стигм

СДСТ: грудная клетка бочкообразной формы, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, указательный палец длиннее безымянного.

2.Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе -повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжистость в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. КТ: различные формы бронхоэктазов.

3.Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях. Принципы лечения: Режим постельный. ОВД, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы), обильное щелочное питье. Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны. Муколитики: бромгексин, ацетилцистеин. Обильное щелочное питье: минеральные воды. Постуральный дренаж: ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами. Витамины группы В, С. Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов.

Раздел 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Развитие артериальной гипертензии может быть обусловлено

- 1) повышением периферического сосудистого сопротивления
- 2) повышением массы циркулирующей крови
- 3) увеличением сердечного выброса
- 4) снижением центрального венозного давления Правильный ответ: 1,2

2. Неблагоприятный прогноз при артериальной гипертензии обуславливают следующие факторы:

- 1) развитие гипертонии в молодом возрасте
- 2) сахарный диабет
- 3) табакокурение
- 4) артериальная гипертензия с высоким содержанием ренина Правильный ответ: 1,2,3

3. Наиболее существенные признаки гипертонической болезни 2 стадии

- 1) гипертрофия миокарда левого желудочка
- 2) УЗИ признаки утолщения стенки артерии
- 3) микроальбуминурия
- 4) первично-сморщенная почка Правильный ответ: 1,2

4. Варианты поражения глазного дна при гипертонической болезни

- 1) сужение и извитость артерий сетчатки
- 2) расширение вен
- 3) геморрагии в сетчатку
- 4) атрофия зрительного нерва Правильный ответ: 1,2,3,4

5. У больной 65 лет, страдающей гипертонической болезнью 2 стадии, инвалида III группы, отмечается гиперкинетический тип гемодинамики. Подбор антигипертензивной терапии следует начать с 1) ингибиторы АПФ

- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) мочегонные препараты
- 5) альфа-адреноблокаторы Правильный ответ: 2

6. В обязательную программу обследования больных с АГ 1 и 2 степени не входит

- 1) опрос и физикальное исследование
- 2) клинический анализ крови
- 3) анализ мочи (с микроскопическим исследованием осадка)
- 4) электрокардиография
- 5) рентгеновский снимок черепа Правильный ответ: 5

7. При гипертонической болезни обычного (незлокачественного) течения изменения почек заключаются в развитии

- 1) гиперплазии мезангиального аппарата клубочков
- 2) артериолонекроза
- 3) тубулоинтерстициальных поражений
- 4) артериолосклеротического нефросклероза
- 5) амилоидоза

Правильный ответ: 4

8. Для злокачественного течения гипертонической болезни не характерно

- 1) стойкое высокое повышение систолического и диастолического АД
- 2) гипертоническая энцефалопатия
- 3) резистентность к гипотензивной терапии
- 4) прогрессирующая гипертрофия миокарда с левожелудочковой недостаточностью

5) преходящие изменения глазного дна на ранних стадиях, на поздних - склеротическое поражение сосудов Правильный ответ:5

9. При АГ не следует рекомендовать

- 1) ограничение потребления поваренной соли
- 2) прекращение курения
- 3) ограничение потребления алкоголя
- 4) ограничение физической активности Правильный ответ:4

10. При АГ в сочетании с сахарным диабетом не рекомендуется в полной дозе приём

- 1) АРА II
- 2) тиазидовых мочегонных
- 3) бета-адреноблокаторов
- 4) альфа-адреноблокаторов
- 5) ингибиторов АПФ Правильный ответ:2

11. Назначение тиазидных диуретиков при АГ нецелесообразно при

- 1) пожилом возрасте
- 2) ожирении
- 3) сердечной недостаточности
- 4) сопутствующем сахарном диабете
- 5) хронической болезни почек с 4-5 Правильный ответ:5

12. Для диагностики вазоренальной АГ не является информативным

- 1) ангиография
- 2) исследование ренина в плазме из почечных вен
- 3) дуплексное сканирование сосудов почек
- 4) УЗИ почек

Правильный ответ:4

13. Методом выбора терапии при реноваскулярной АГ являются

- 1) антагонисты кальция
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) центральные альфа₂-агонисты
- 4) гидралазин
- 5) хирургическое вмешательство

Правильный ответ:5

14. При АГ, обусловленной феохромоцитомой, предпочтение следует отдавать

- 1) пропранололу
- 2) фуросемиду
- 3) резерпину
- 4) каптоприлу 5) фентоламину

Правильный ответ:5

15. Препарат, применяющийся в качестве патогенетического средства при синдроме Конна

- 1) верошпирон
- 2) фуросемид
- 3) метопролол
- 4) клофелин 5) нифедипин

Правильный ответ:1

16. Фактором риска развития ИБС

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) повышение уровня К в плазме крови
- 3) остеопороз
- 4) постмиокардитический кардиосклероз
- 5) врожденный порок сердца Правильный ответ:1

17. Лабораторный признак, характерный для ИБС

- 1) протеинурия
- 2) гиперхолестеринемия

- 3) гипер-гамма-глобулинемия
- 4) гипербилирубинемия
- 5) высокие титры антигиалуронидазы и анти-О-стрептолизина Правильный

ответ:2

18. Для стабильной стенокардии напряжения характерно

- 1) тромбозмболический синдром
- 2) появление загрудинных болей давящего характера при нагрузке
- 3) нарушения ритма и проводимости
- 4) наличие иммунных сдвигов
- 5) повышение венозного давления Правильный ответ:2

19. Для течения стенокардии напряжения характерно

- 1) стойкое высокое повышение систолического и диастолического АД
- 2) появление приступов загрудинной боли при физической или эмоциональной нагрузке, купирующихся прекращением нагрузки или приемом нитроглицерина
- 3) резистентность к терапии
- 4) прогрессирующая гипертрофия миокарда с левожелудочковой недостаточностью Правильный ответ:2

20. Препарат первого выбора для купирования приступа стенокардии

- 1) нитроглицерин
- 2) метопролол
- 3) амлодипин
- 4) папаверин

Правильный ответ: 1

21. Больным ИБС в сочетании с сахарным диабетом не рекомендуется

- 1) антагонистов кальция
- 2) метаболических препаратов
- 3) неселективных бета-адреноблокаторов
- 4) нитратов 5) ингибиторов АПФ Правильный ответ:3

22. Бета-адреноблокаторы следует назначить больному с ИБС при сочетании с

- 1) гипертонической болезнью
- 2) синдром Рейно
- 3) облитерирующим эндартериитом
- 4) сахарным диабетом 5) бронхиальной астмой Правильный ответ:1

23. Изменения на ЭКГ свидетельствующие о коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы

- 1) реверсия негативного зубца Т
- 2) удлинение интервала PQ
- 3) депрессия сегмента ST более 2 мм
- 4) появление предсердной экстрасистолии
- 5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса Правильный ответ:3

24. Признак не характерный для спонтанной стенокардии

- 1) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
- 2) при коронароангиографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или неповрежденные коронарные артерии
- 3) приступы возникают чаще ночью
- 4) нитроглицерин обычно купирует болевой приступ
- 5) физическая нагрузка плохо переносится Правильный ответ:5

25. Признак наиболее характерный для вазоспастической стенокардии типа Принцметалла

- 1) появление приступа стенокардии в момент физической нагрузки
- 2) быстрый и хороший эффект от приёма нитроглицерина
- 3) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ на высоте болей

- 4) снижение сегмента ST на ЭКГ на высоте болей
- 5) хороший эффект от применения бета-адреноблокаторов Правильный ответ:3

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Больной Н., 54 лет обратился к терапевту 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 терапевту 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°C. SaO₂ 99%. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс напряжённый, 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 диете, 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, эхокардиография, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна.
3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, нарушение зрения.
4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объёма исследований и подбора препаратов для базисного лечения. Основной вариант стандартной диеты (ОВД) 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки.

Антагонисты ионов кальция, ингибиторы АПФ или сартаны при непереносимости иАПФ, вазодилататоры, диуретики, комбинированные препараты.

Лечебная физкультура. Фитотерапия. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение. Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений.

Ситуационная задача №2.

Больной В., 44 лет, обратился к терапевту с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъёме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев.

Объективно: температура 36,6°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. **Задания**

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

Эталоны ответов

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.
2. Биохимическое исследование крови, электрокардиография, велоэргометрия/трекмил-тест.

3. Инфаркт миокарда.
4. Больной нуждается в обучении основным принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период. ОВД 10. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №3.

Врача вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал.

Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. На ЭКГ- подъем сегмента ST в V1-V4

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8°C.

Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные.

Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин.

АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. На ЭКГ- подъем сегмента ST в V1-V4.

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

Эталонные ответы

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, анализ крови на тропонин I, электрокардиография, эхокардиография.
3. инфаркт миокарда, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.
4. Пациент нуждается в срочной госпитализации в кардиологический стационар в ЧКВ центр, транспортировка осуществляется на носилках. Определение показаний к проведению коронарографии, стентирования коронарных артерий. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Неотложная помощь:

Принципы лечения: Строгий постельный режим. Диета ОВД № 10.

Тромболитическая терапия: стрептокиназа, альтеплаза, урокиназа.

Антикоагулянты. Дезагреганты. Статины. В-адреноблокаторы.

Нитраты пролонгированного действия.

После стационарного лечения пациента переводят в санаторий кардиологического профиля для проведения реабилитации, затем он находится на диспансерном наблюдении в поликлинике.

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений. Профилактика: рациональное питание; физическая активность; запрещение курения и злоупотребления алкоголем; психическая саморегуляция; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёсшими инфаркт миокарда; лечение атеросклероза, на фоне которого развивается ИБС; рациональное трудоустройство пациентов, запрещение тяжёлого физического труда; решение вопроса об оформлении инвалидности при стойкой утрате трудоспособности; решение вопроса о хирургическом лечении при соответствующих показаниях.

Ситуационная задача №4.

В стационар поступает женщина 32 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Инфекционный эндокардит, стеноз устья аорты в стадии компенсации
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, эхокардиография, рентгенологическое исследование грудной клетки, электрокардиография.
3. Острая сердечная недостаточность.
4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение при обострении основного заболевания. ОВД 10. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №5.

Больная К., 68 лет, обратилась к терапевту с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения 3 функциональный класс, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голени, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболлезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболлезненная.

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 диете, принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 3 функциональный класс. Перенесенный инфаркт миокарда. Перенесенный инфаркт миокарда. Хроническая недостаточность кровообращения IIБ стадии, 4 функциональный класс по NYHA.
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография и УЗИ плевральных полостей.
3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациентке следует провести стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения. ОВД 10. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Раздел 5. Заболевания органов пищеварения.

Выберите один или несколько правильных ответов **Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8**

1. Что относят к защитным факторам слизистой оболочки желудка?

- 1) Слизисто-бикарбонатный барьер
 - 2) Пепсин
 - 3) Простагландины 4) Гиперсекреция гастрина
- Правильный ответ: 1,3

2. Укажите наиболее важные рентгенологические признаки язвенной болезни:

- 1) Рубцовая деформация органа
 - 2) Моторные нарушения гастродуоденальной зоны
 - 3) Степень выраженности пилоробульбарного стеноза
 - 4) Все перечисленное верно
- Правильный ответ: 4

3. Укажите ведущий симптом язвенной болезни в фазу обострения:

- 1) Голодная боль
- 2) Тошнота
- 3) Метеоризм
- 4) Нарушение функции кишечника

Правильный ответ: 1

4. Какие препараты могут вызвать язвенное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: 1) Ацетилсалициловая кислота

- 2) Метронидазол
- 3) Индометацин
- 4) Сукральфат

Правильный ответ: 1,3

5. При длительно не рубцующейся язве желудка показаны:

- 1) Рентгенологическое исследование желудка
 - 2) Проведение курса гипербарической оксигенации
 - 3) Повторная эзофагогастроскопия с биопсией ткани из краев и дна язвы
 - 4) Продолжение курса противоязвенной терапии
- Правильный ответ: 1,3

6. Эндоскопический метод при язвенной болезни показан для:

- 1) Уточнения локализации язвы
 - 2) Установления фазы заболевания (обострение или ремиссия)
 - 3) Выявления осложнений
 - 4) Оценки эффективности лечения
 - 5) Всего вышеперечисленного
- Правильный ответ: 5

7. Какой возбудитель высевается со слизистой оболочки желудка при язвенной болезни любой локализации?

- 1) Стафилококк
- 2) Стрептококк 3) Грибы рода Candida
- 4) Helicobacter pylori
- 5) Энтерококк

Правильный ответ: 4

8. Какая группа препаратов наиболее эффективна при симптоматических гастродуоденальных язвах с высокой степенью риска возникновения кровотечений?

- 1) Ингибиторы протонной помпы
- 2) Блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- 3) Антихолинергические средства
- 4) Антациды

Правильный ответ: 1

9. Какой из перечисленных препаратов наиболее эффективен при лечении язвенной болезни, обусловленной инфицированием *Helicobacter pylori*?

- 1) Гастроцепин
- 2) Альмагель
- 3) Де-Нол
- 4) Платифиллин
- 5) Вентер

Правильный ответ: 3

10. Какие из перечисленных клинических и лабораторных признаков характерны для язвенного кровотечения? 1) Бледность кожных покровов

- 2) Гипохромная анемия
- 3) Усиление болевого синдрома
- 4) Положительная реакция Грегерсена

Правильный ответ: 1,2,4.

11. Какие из перечисленных клинических и лабораторных признаков характерны для перфорации язвы?

- 1) Появление <кинжальных> болей в эпигастральной области
- 2) Симптомы раздражения брюшины
- 3) Рвота <кофейной гущей>
- 4) Выявление свободного воздуха на обзорной рентгенографии брюшной

полости Правильный ответ: 1,2,4

12. Какие исследования используются для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона?

- 1) Эзофагогастродуоденоскопия
- 2) Уровень гастрина в сыворотке крови
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) Определение кислотообразующей функции желудка
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ: 5

13. В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью желудка и раком желудка используются:

- 1) Рентгенологическое исследование желудка
- 2) Эндоскопия
- 3) Определение кислотообразующей функции желудка
- 4) Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией ткани из краев и дна язвы

Правильный ответ: 1,2,4

14. Каков характер боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?

1) Боли в эпигастральной области и в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи 2) Приступообразные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в правое плечо при погрешности в диете

3) Боли в эпигастральной области и за грудиной, возникающие после еды и наклоне туловища 4) Боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 ч после приема пищи Правильный ответ: 4

15. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом" и рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение, вероятнее всего, возникло?

- 1) Пенетрация
- 2) Стенозирование пилорического отдела желудка
- 3) Кровотечение
- 4) Перфорация

Правильный ответ: 2

16. К какой группе препаратов относится омепразол?

- 1) Ингибиторы протонной помпы
- 2) Блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- 3) Антихолинергические средства

4) Антациды

Правильный ответ: 1

17. Какие из перечисленных антибактериальных препаратов используются в схемах эрадикационной терапии при язвенной болезни?

- 1) Амоксициллин
- 2) Ципрофлоксацин
- 3) Кларитромицин
- 4) Тетрациклин

Правильный ответ: 1,3,4

18. Какие из перечисленных антацидов относят к не всасывающимся (местного действия) препаратам? 1) Натрия гидрокарбонат (сода)

- 2) Маалокс
- 3) Магния окись (жженая магнезия)
- 4) Фосфалюгель

Правильный ответ: 2,4

19. Какие из перечисленных методов используются для выявления Helicobacter pylori?

- 1) Гистологический метод
- 2) Бактериологический метод
- 3) Общий анализ крови
- 4) Уреазный дыхательный тест

Правильный ответ: 1,2,4

20. Какие из перечисленных методов используются для контроля антихеликобактерной терапии?

- 1) Гистологический метод
- 2) Бактериологический метод
- 3) Иммуноферментный тест - определение антител к Helicobacter pylori
- 4) Уреазный дыхательный тест

Правильный ответ: 1,2,4

21. Механизм действия ингибиторов протонной помпы

- 1) Блокада H₂ - рецепторов гистамина
- 2) Ингибирование активности H⁺/K⁺ - АТФазы
- 3) Блокада M₁ - мускариновых рецепторов
- 4) Нейтрализация соляной кислоты

Правильный ответ: 2

22. Причина развития синдрома Маллори-Вейса

- 1) синдром мальабсорбции
- 2) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) рвота при отравлении алкоголем
- 4) синдром раздраженной толстой кишки

Правильный ответ: 3

23. Появление при язвенной болезни резкого напряжения мышц передней брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины

- 1) нет
- 2) если <да>, то в фазе обострения заболевания
- 3) при кровотечении
- 4) при малигнизации
- 5) при перфорации

Правильный ответ: 5

24. Продолжительность антихеликобактерной терапии в соответствии с современными рекомендациями по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori

- 1) 21 день
- 2) 7 дней
- 3) 14 дней
- 4) 5 дней

Правильный ответ:3

25. При язвенном кровотечении для кала наиболее характерно

- 1) жидкий кал черного цвета
 - 2) обесцвеченный кал
 - 3) <жирный>, блестящий, плохо смывающийся кал
 - 4) черный оформленный кал
- Правильный ответ:1

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Мужчина, 57 лет, обратился к терапевту с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался.

Семейный анамнез: отец умер в 50 лет от цирроза печени.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. ИМТ –25 кг/м². Окружность живота – 90 см. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На крыльях носа, на щеках, на подбородке выраженная подкожная капиллярная сеть. На коже груди, спины единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС –90 уд.в мин., АД –120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации безболезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная при пальпации. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании: В ОАК - гемоглобин -138 г/л, эритроциты -4,5*10¹²/л, лейкоциты – 5,8*10⁹/л, тромбоциты –126*10⁹/л, СОЭ –15мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АСТ –86 Ед/л, АЛТ –58 Ед/л, ГГТ –92 Ед/л, ЩФ – 920 Ед/л,общий холестерин –6,9 ммоль/л, общий билирубин –45 мкмоль/л, прямой билирубин-33 мкмоль/л, альбумин –3,5 г/дл, ПТИ –70%.

Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Задания:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования 3. Назначьте лечение

Эталоны ответов:

1.Цирроз печени алкогольной этиологии, активная фаза, степень тяжести по Чайлд-Пью класс В с умеренно выраженными холестатическим, цитолитическим и коагулопатическим синдромами. Портальная гипертензия, асцит, спленомегалия с гиперспленизмом (тромбоцитопения). Диагноз цирроза печени (ЦП) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает употребление алкоголя); данных объективного осмотра: желтушность склер, внепеченочные проявления поражения печени (сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена, капиллярная сеть на крыльях носа, щеках, подбородке); лабораторных данных: при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, ГГТ, холестерина), коагулопатического (снижение ПТИ) синдромов, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени). Данные сонографии (расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости) свидетельствуют о наличии портальной гипертензии.

Степень тяжести цирроза печени установлена на основании лабораторных изменений: незначительный асцит –2 балла, общий билирубин –45 мкмоль/л –2 балла,

отсутствие энцефалопатии –1 балл, гипоальбуминемия –3,5 г/дл –1 балл, ПТИ –70% -1 балл, что в сумме составляет 7 баллов и соответствует классу В.

2.Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для уточнения состояния вен пищевода (варикозное расширение как признак портальной гипертензии), оценки слизистой верхних отделов ЖКТ (при злоупотреблении алкоголем часто имеются гастриты, ГЭРБ); гистологическое исследование ткани печени для обнаружения патологоанатомического признака алкогольного цирроза –гиалиновые тельца Мэлори либо фиброэластометрия для определения степени фиброза печени, определение углеводдефицитного трансферрина (карбогидрат-дефицитного трансферрина) в сыворотке крови для подтверждения хронической интоксикации алкоголем.

3.Отказ от алкоголя.

Лекарственная терапия асцита, с учетом его начальных проявлений, должна начинаться с минимальных доз диуретиков –верошпирон 25-50 мг/сут под контролем диуреза или массы тела, при необходимости следует добавлять петлевые диуретики –фуросемид 40 мг/сут. В связи с имеющимися признаками холестаза целесообразно назначение урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10-15 мг/кг/сут. Учитывая алкогольный генез цирроза печени рекомендованы эссенциальные фосфолипиды или препараты адеметионина – эссенциале 5,0 в/в в течение 10 дней, а затем по 2 кап 3 раза в день в течение 3 месяцев или гептрал 400 мг 2 раза в сутки в течение 2 месяцев. Для лечения портальной гипертензии необходимо назначение бетаадреноблокаторов –препаратов, снижающих силу и частоту сердечных сокращений, за счет чего уменьшается приток крови к печени –обзидан 20-40 мг/сут.

Ситуационная задача №2.

Больная Ч., 31 год, обратилась к терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, снижение аппетита, рецидивирующий кожный зуд, усиливающийся в ночное время, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, периодические повышения температуры тела до 38 градусов.

Из анамнеза известно, что данная симптоматика появилась у больной два года назад, когда после простуды отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общую слабость. В течение последующих 6 месяцев неоднократно обращалась к дерматологу. Проводилось лечение антигистаминными препаратами, мазями, однако кожный зуд не только не исчез, но и усилился. Еще через четыре месяца периодически отмечала подъем температуры до 38С. Больная заметила изменение цвета кожных покровов –окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок.

Семейный анамнез: мать умерла в 59 лет от заболевания печени.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. ИМТ–22кг/м2. Кожные покровы желтушны, с грязновато-серым оттенком, со следами расчесов,склеры иктеричны, на груди, шее –сосудистые звездочки, на голенях –мелкие геморрагические высыпания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд.вмин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, край болезненный, плотно-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании: В ОАК - гемоглобин –90 г/л, эритроциты –3,96*10¹²/л, лейкоциты – 6,3*10⁹/л, СОЭ –54 мм/ч,

В биохимическом анализе крови: альбумины –36%, гамма-глобулины –42%, тимоловая проба –14,4 ед, ПТИ –60%, холестерин –7,8 ммоль/л, общий билирубин –120 мкмоль/л (прямой –88, непрямой –32 мкмоль/л), АЛТ –238 Ед/л, АСТ –196Ед/л, сывороточное железо –25 мкмоль/л, щелочная фосфатаза –1295ед, глюкоза крови –5,5 ммоль/л. Обнаружены тканевые антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:160 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:120, LE-клетки в низком титре. В общем анализе мочи: уд.вес –1017, лейкоциты –единичные в поле зрения.

Маркеры вирусного гепатита –HBs-Ag, HBe-Ag, HBe-Ag(-), антитела к HCV(-).

ЭКГ: синусовый ритм 86 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

УЗИ органов брюшной полости: печень - передне-задний размер 17 см, селезенка – 10 см; портальная вена –1,0 см, селезеночная вена –0,8 см.

Задания:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования 3. Назначьте лечение

Эталоны ответов:

1. Аутоиммунный гепатит 1-го типа с выраженными холестатическим, цитолитическим и коагулопатическим синдромами, высокой степени активности. Анемия воспаления средней степени тяжести.

Диагноз аутоиммунного гепатита установлен на основании жалоб больной на рецидивирующий кожный зуд, усиливающийся в ночное время, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тяжесть в правом подреберье, данных анамнеза: больная отмечает начало заболевания с кожного зуда два года назад, изменение цвета кожных покровов – желтушные с грязноватосерым оттенком, отягощенный наследственный анамнез – мать умерла от заболевания печени; при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, холестерина), коагулопатического (снижение ПТИ) синдромов, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени), гипергаммаглобулинемия, выявленные антитела к гладкой мускулатуре и антинуклеарные антитела дают основания говорить об аутоиммунном процессе в печени. Диагноз анемии воспаления средней степени тяжести выставлен на основании цифр гемоглобина 90 г/л, нормальных показателей сывороточного железа 25 мкмоль/л.

2. Пациентке рекомендовано: морфологическое исследование печени для выявления выраженной инфильтрации портальных и перипортальных зон лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами, а также ступенчатые и мостовидные некрозы в печеночных дольках.

3. Лечение на данном этапе в связи с имеющимися признаками холестаза сводится к назначению препаратов урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10-15 мг/кг/сут. Для уменьшения кожного зуда возможно использование холестирамина от 4 до 12 г/сут. Иммуносупрессия – основной метод лечения аутоиммунного гепатита: преднизолон (метилпреднизолон) в виде монотерапии или в комбинации с азатиоприном длительно.

Ситуационная задача №3.

Больная Н., 16 лет, поступила в стационар с жалобами на частый, жидкий, пенистый стул с резким запахом до 10 раз в сутки, боли в животе, похудание на 10 кг, нарастающую общую слабость, ломкость и слоение ногтей, выпадение волос, заеды в углах рта. Также отмечает извращение вкуса (нравится есть мел), извращение обоняния (нравится запах бензина). Из анамнеза: с детства отмечает диарейный синдром и анемию, по поводу которой не обследовалась и не лечилась.

Объективно: Общее состояние тяжелое, больная пониженного питания. Рост 160 см, масса тела 40 кг. ИМТ- 15,6 кг/м². Кожа бледная, сухая. Заеды в углах рта. Ногти слоятся, плоские. Температура тела 36,8 С. ЧДД - 19 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Печень и селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный до 8 раз в сутки.

При обследовании: В ОАК - Hb - 60 г/л, эритроциты - 2,5х10¹²/л, ЦП 0,7, лейкоциты – 8,9 х10⁹/л, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, общий билирубин - 18,6 ммоль/л, АЛТ - 31 ЕД, АСТ - 32 ЕД, железо в сыворотке крови – 6 мкмоль/л.

Фибродуоденоскопия с биопсией слизистой: тотальная атрофия ворсинчатого аппарата слизистой тонкой кишки, увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов

Задания:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте. **Эталоны ответов:**

1. Глютеночувствительная энтеропатия (целиакия) взрослых. Типичная форма с кишечными проявлениями. Синдром нарушенного всасывания III степени тяжести с нарушением белкового, жирового обмена веществ. Дефицит питания (ИМТ-16). Железодефицитная анемия тяжелой степени с выраженным сидеропеническим синдромом.

Диагноз целиакии установлен на основании жалоб больного на частый, жидкий, пенистый с резким запахом стул до 10 раз в сутки, данных анамнеза (пациент отмечает диарейный синдром и анемию с детства); установление степени ЖДА основана на показателях Нв 60 г/л, выявленных при госпитализации.

Сидеропенический синдром на основании жалоб на ломкость и слоение ногтей, выпадение волос, извращение вкуса и обоняния, объективных данных: кожа бледная и сухая. Дефицит питания установлен на основании ИМТ 16, нарушение белкового обмена установлена на основании показателя общего белка в сыворотке крови 56 г/л.

2. Пациенту рекомендовано: 1. Иммунологические исследования: серологическое исследование в сыворотке крови антител к глиадину (AGA), антител к тканевой трансглутаминазе (atTG), определение антиэндомизимальных антител (ЕМА), антиретикулярных антител (ARA). 2. Провести ЭГДС с биопсией слизистой залуковичного отдела 12-перстной кишки или слизистой тощей кишки, с дальнейшим гистологическим исследованием. 3. Определить электролитный состав крови (К, Са, Mg, Р)

3. Комбинированная терапия венофером 10 мл \в капельно на физ растворе ч\з день, 20 мг преднизолона до достижения клинического эффекта с последующим снижением дозы 1\2 таб каждые 3 дня до полной отмены, креоном 10 тыс. Ед. 3 раза в день, метронидазолом 500 мг 2 раза в сутки 10 дней, витаминами группы В (В1 2 мл п\к, В6 2 мл п\к,)- 10 дней , 20 % раствором альбумина в\в капельно № 5, а также исключением из диеты продуктов, содержащих глютен.

Ситуационная задача №4.

Больная, 32 л., доставлена в приёмное отделение стационара с жалобами на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

Из анамнеза известно, что за несколько дней до поступления, после предшествующих эмоциональных перегрузок, появились боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, изжоги, отрыжка кислым. Язвенный анамнез отрицает. Накануне вечером отмечала усиление болевого синдрома в эпигастрии. В день поступления боли прекратились, появился дегтеобразный стул, общая слабость.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Нормостенического телосложения. ИМТ-23кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС –98 уд в 1 мин., АД -100/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При обследовании: В ОАК - гемоглобин -101г\л, эритроциты –3,0х10⁹/л, гематокрит -30 %; сывороточное железо –14 мкмоль/л.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте.

Эталоны ответов:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. Учитывая отсутствие язвенного анамнеза и предшествующие эмоциональные нагрузки, можно думать о стрессовой язве. Постгеморагическая анемия легкой степени.

Диагноз - Язвенная болезнь 12-перстной кишки (более вероятно, симптоматическая стрессовая), осложненная кровотечением, установлен на основании жалоб больного на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, также учитывая данные анамнеза (появление «голодных» болей в эпигастрии, изжоги, отрыжки кислым после предшествующих эмоциональных перегрузок, отсутствие язвенного анамнеза), можно думать о стрессовой язве. На язвенный характер кровотечения указывает также симптом Бергмана - усиление болей перед кровотечением и их исчезновение после него. Диагноз постгеморагическая анемия легкой степени, установлен на основании объективных данных: кожные покровы бледные, влажные, ЧСС – 98 уд в 1 мин., АД -100/60 мм рт.ст. и лабораторных данных: в общем анализе крови гемоглобин -101 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^9$ /л, гематокрит 30%; сывороточное железо –14 мкмоль/л. Согласно классификации ВОЗ, гемоглобин -101 г/л, соответствует легкой степени анемии. 2. Для уточнения диагноза и оценки характера кровотечения показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия с последующим гистологическим исследованием на наличие *Helicobacter pylori*. Анализ кала на наличие крови (реакция Грегерсена).

3. Окончательная лечебная тактика будет уточнена после выполнения эзофагогастродуоденоскопии, однако, учитывая стабильность ЧСС и АД, лабораторные данные, можно думать о легкой степени кровопотери. В данной ситуации показана консервативная гемостатическая и противоязвенная терапия, с возможной эндоскопической остановкой кровотечения

Ситуационная задача №5.

Больная К., 38 лет, обратилась к терапевту с жалобами на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога может длиться более часа, купирует её приемом пищевой соды. В последние дни при глотании горячей пищи стали возникать жгучие боли за грудиной.

Из данных анамнеза: частые изжоги отмечались в последние месяцы беременности. Ранее изжоги носили эпизодический характер, возникали после употребления кислых соков, жареных изделий из теста и при длительной работе в наклоненном состоянии. Также пациентка ухудшение связывает с прибавкой массы тела до 8 кг за последние месяцы, после отказа от курения.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. ИМТ-30,5 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС –74 уд в 1 мин., АД -110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте. **Эталоны ответов:**

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), обострение рефлюкс-эзофагита (РЭ). Ожирение I ст.

Диагноз установлен на основании жалоб больной на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, при наклонах туловища, а также в вечернее время перед сном, продолжительность изжоги более часа, купирование ее приемом пищевой соды. Также о наличии РЭ говорит возникновение жгучих болей за грудиной при глотании горячей пищи. В пользу данного диагноза также учащение эпизодов изжоги после повышения массы тела и в последние месяцы беременности. (При беременности имеет место повышение внутрибрюшного давления и высокое содержание эстрогенов и

прогестерона, обладающих спазмолитическим эффектом в отношении гладкой мускулатуры, в частности, нижнего пищеводного сфинктера). Основному диагнозу сопутствует ожирение Ист. (ИМТ-30,5 кг/м²), которое также способствует высокому стоянию диафрагмы усугублению симптомов ГЭРБ.

2. Для уточнения диагноза и оценки характера имеющихся изменений показаны рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка; ЭГДС с биопсией слизистой пищевода и желудка с последующим гистологическим исследованием на наличие *Helicobacter pylori*, для исключения сопутствующей патологии желудка; суточная РН-метрия.

3. Пациентке следует регламентировать стиль жизни (сон на высокой подушке, ранний ужин, диетические ограничения приема острой, пряной и жирной пищи, а также дозированные физические нагрузки, низкокалорийная диета для снижения веса). Учитывая выраженность клинической симптоматики необходимо подавить воздействие агрессивного желудочного сока на слизистую оболочку назначением антисекреторных препаратов, предпочтительно из группы ингибиторов протонной помпы. Назначить сочетание ингибиторов протонной помпы с прокинетиками и антацидами в полной дозе до наступления клинической ремиссии с последующим переходом на поддерживающие их дозы, всего на 6-8 недель. В случае обнаружения при проведении ЭГДС эзофагита II-III степени, показан контроль состояния заживления эрозий в динамике лечения. При наличии *Helicobacter pylori*, требуется эффективная эрадикация данной инфекции.

Раздел 6. Заболевания почек.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. При каких заболеваниях развивается гломерулонефрит?

- 1) При системной красной волчанке
 - 2) При миеломной болезни
 - 3) При ревматоидном артрите
 - 4) При периодической болезни
 - 5) При септическом бактериальном эндокардите
- Правильный ответ: 1,3,5

2. Какой из клинических вариантов ХГН является наиболее частым?

- 1) Гематурический
- 2) Латентный
- 3) Нефротический
- 4) Гипертонический
- 5) Смешанный

Правильный ответ: 2

3. Какие признаки характерны для мочевого синдрома при ХГН?

- 1) Микропротеинурия
- 2) Лейкоцитурия
- 3) Гематурия
- 4) Цилиндрурия
- 5) Бактериурия

Правильный ответ: 3,4

4. В каких единицах измеряется клубочковая фильтрация?

- 1) В ммоль/л
- 2) В международных единицах
- 3) В мл/мин
- 4) В мл/ч

Правильный ответ: 3

5. Проба Нечипоренко позволяет определить:

- 1) Величину суточной протеинурии
- 2) Величину клубочковой фильтрации

- 3) Уровень креатинина мочи
- 4) Величину лейкоцитурии и эритроцитурии
- 5) Степень канальцевой реабсорбции Правильный ответ:4

6. Какова величина канальцевой фильтрации в норме?

- 1) 50 - 60 мл/мин
- 2) 70 - 80 мл/мин
- 3) 80 - 120 мл/мин
- 4) 120 - 160 мл/мин
- 5) Более 160 мл/мин Правильный ответ:3

7. Какое количество белка может выделяться в норме с мочой?

- 1) Белок не выделяется совершенно
- 2) До 1 г/сут
- 3) 33 мг на 1 литр мочи
- 4) До 100 мг/сут
- 5) Следы белка

Правильный ответ:4

8. Определение какого показателя наиболее информативно для выявления нефротического синдрома?

- 1) Величина суточной протеинурии
- 2) Уровень креатинина сыворотки крови
- 3) Уровень холестерина сыворотки
- 4) Величина канальцевой реабсорбции
- 5) Все неверно

Правильный ответ:1

9. Какие симптомы имеют значение для дифференциальной диагностики ОГН и ХГН?

- 1) Наличие стойкой АГ
- 2) Величина протеинурии
- 3) Гипертрофия левого желудочка
- 4) Макрогематурия
- 5) Изменение плотности мочи Правильный ответ:1,3,5

10. При каких заболеваниях почек показана терапия кортикостероидами?

- 1) Амилоидоз
- 2) ХГН нефротического типа
- 3) ХГН в стадии почечной недостаточности
- 4) ОГН с тенденцией к формированию нефротического синдрома Правильный

ответ:2,4

11. Какие диуретики следует использовать для лечения отечного синдрома при ХГН и ХБП с4-5?

- 1) Фуросемид
- 2) Тиазидовые
- 3) Этакриновую кислоту
- 4) Верошпирон

Правильный ответ:1,3

12. Какие признаки позволяют отличить ХГН от хронического пиелонефрита?

- 1) Лихорадка с ознобом
- 2) Одностороннее поражение почек
- 3) Протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией
- 4) Лейкоцитурия с бактериурией Правильный ответ:3

13. Для ХГН в стадии 4-5 ХБП характерно все перечисленное, кроме одного:

- 1) Анемия
- 2) Гиперкалиемия

- 3) Артериальная гипертония
- 4) Понижение уровня АД
- 5) Азотемия

Правильный ответ:4

14. Ренография позволяет оценить:

- 1) Функциональное состояние почек
- 2) Односторонний или двусторонний характер поражения почек
- 3) Возможность обструкции мочевыводящих путей
- 4) Уровень, на котором нарушена функциональная способность почек и мочевыводящих путей
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ:5

15. Нефротический синдром может быть обусловлен:

- 1) Приемом некоторых медикаментов
- 2) Наличием злокачественного новообразования
- 3) Амилоидозом
- 4) Хроническим гломерулонефритом
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ:5

16. Кто из перечисленных ученых внес наибольший вклад в развитие нефрологии?

- 1) Кох
- 2) Пастер
- 3) Мечников
- 4) Брайт
- 5) Захарьин

Правильный ответ:4

17. В этиологии ХГН имеет большое значение:

- 1) Вирусная инфекция
- 2) Воздействие солей тяжелых металлов
- 3) Несбалансированное питание
- 4) Злоупотребление алкоголем
- 5) Врожденные дефекты сосудистой системы почек

Правильный ответ:1

18. Какой курорт предпочтителен для больного с признаками ХБПс4-5?

- 1) Сочи
- 2) Дорохов (Московская область)
- 3) Байрам-Али
- 4) Пятигорск
- 5) Ессентуки

Правильный ответ:3

19. Для ОГН характерны:

- 1) Высокая лихорадка
- 2) Частое мочеиспускание
- 3) Резкие боли в пояснице
- 4) Гематурия
- 5) Сопутствующий суставной синдром

Правильный ответ:4

20. Ведущим механизмом в возникновении АГ при ОГН является:

- 1) Повышение выброса катехоламинов
- 2) Частое применение преднизолона
- 3) Психоэмоциональное перенапряжение в остром периоде болезни
- 4) Гиперволемиа

Гиперволемиа

Правильный ответ:4

21. В патогенезе пиелонефрита ведущую роль играет:

- 1) Генетический фактор
- 2) Вирулентность возбудителя
- 3) Нарушение уродинамики

- 4) Неадекватная антибактериальная терапия
- 5) Снижение иммунитета Правильный ответ:3

22. Профилактикой перехода острого гломерулонефрита в хронический является:

- 1) Постельный режим
- 2) Бессолевая диета
- 3) Антибактериальная терапия
- 4) Все перечисленные
- 5) Ни одно из перечисленных Правильный ответ:5

23. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета.

В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете:

- 1) хронический интерстициальный цистит;
- 2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью;
- 3) форикулярное кровотечение на фоне венной почечной гипертензии; 4) опухоль мочевого пузыря;
- 5) опухоль лоханки и мочеточника. Правильный ответ:4

24. Причиной нефротического синдрома могут быть перечисленные ниже заболевания, кроме:

- 1) Системная красная волчанка
- 2) Синдром Киммелстиля-Вильсона
- 3) Амилоидоз 4) Пиелонефрит

Правильный ответ:4

25. Пиелонефрит чаще всего вызывается:

- 1) Стрептококком
- 2) Стафилококком
- 3) Кишечной палочкой
- 4) Синегнойной палочкой
- 5) Микоплазмами

Правильный ответ:3

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

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, реабилитации, 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. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №2.

Больной В. 26 лет обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек.
3. Острая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек с4-5.
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №3.

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

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

Задания

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

Эталоны ответов 1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.
3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №4.

Врач вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечнососудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.
3. Гидронефроз, пиелонефрит, хроническая болезнь почек.
4. Пациент нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургический стационар. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №5.

Больная Н. 42 лет предъявляет жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

Объективно: температура 37,3⁰С. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Хроническая болезнь почек c5, стадия декомпенсации.
2. Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому: гипоизостенурия, УЗИ почек.
3. Острая сердечная недостаточность, уремическая кома.
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Раздел 7. Заболевания органов кроветворения

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Какой лабораторный показатель наиболее информативен для подтверждения синдрома анемии?

- 1) Количество эритроцитов
- 2) Количество ретикулоцитов
- 3) Цветовой показатель
- 4) Уровень гемоглобина
- 5) Показатель гематокрита

Правильный ответ:4

2. Наибольшее количество железа, используемое организмом для построения гемоглобина, содержится в следующих продуктах:

- 1) Орехах
- 2) Гранатах
- 3) Рыбе
- 4) Телятине

Правильный ответ:4

3. Для железодефицитной анемии справедливо следующее утверждение:

- 1) Имеется сидеробластоз костного мозга
- 2) Осмотическая резистентность эритроцитов снижена
- 3) Лечебный эффект дает назначение сырой печени
- 4) Снижен цветовой показатель, что сочетается с микроцитозом
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ:4

4. Какой лабораторный показатель позволяет подозревать наличие железодефицитной анемии?

- 1) Мишеневидные эритроциты
- 2) Микроцитоз
- 3) Снижение цветового показателя
- 4) Макроцитоз
- 5) Отсутствие ретикулоцитов

Правильный ответ:2,3

5. При мегалобластической анемии показаны:

- 1) Длительное применение препаратов железа
- 2) Курсовое назначение пиридоксина
- 3) Длительное применение анаболических стероидов
- 4) Применение цианкобаламина в инъекциях
- 5) Повторные трансфузии плазмы

Правильный ответ:4

6. При каком лабораторном показателе можно предполагать наличие именно В12-дефицитной анемии?

- 1) Снижение количества эритроцитов
- 2) Тромбоцитоз
- 3) Макроцитоз эритроцитов
- 4) Эритробластоз костного мозга
- 5) Нейтрофильный сдвиг влево

Правильный ответ:3

7. Каковы изменения костного мозга при В12-дефицитной анемии?

- 1) Преобладание лимфоцитов
- 2) Нормобластический тип кроветворения
- 3) Уменьшение количества мегакариоцитов
- 4) Мегалобластоз
- 5) Миелоидная метаплазия

Правильный ответ:4.

8. В патогенезе гемолитических анемий участвуют следующие факторы:

- 1) Генетические дефекты эритроцитов
- 2) Воздействие аутоантител
- 3) Химические повреждения эритроцитов

- 4) Воздействие паразитов
- 5) Все перечисленное верно Правильный ответ:5

9. Диагноз гемолиза достоверен при выявлении:

- 1) Нормохромной анемии
- 2) Выраженного ретикулоцитоза
- 3) Неконъюгированной гипербилирубинемии
- 4) Всего вышеперечисленного Правильный ответ:4

10. В генезе железодефицитной анемии имеют значение следующие факторы, кроме одного:

- 1) Хроническая кровопотеря
- 2) Профессиональный контакт со свинцом 3) Беременность и лактация
- 4) Злокачественная опухоль почки.
- 5) Резекция желудка Правильный ответ:2

11. Перечислите критерии дефицита железа в организме:

- 1) Гемоглобин ниже 118 г/л
- 2) Содержание сывороточного железа менее 65 мкг%
- 3) Цветовой показатель ниже 0,86
- 4) Все перечисленное Правильный ответ:4

12. Какие клинические признаки характерны для В12-дефицитной анемии?

- 1) Глоссит
- 2) Парестезии в нижних конечностях
- 3) Желтушность кожных покровов
- 4) Извращение вкуса

Правильный ответ: 1,2,3

13. Этиологическими факторами В12-анемии являются:

- 1) Конкурентное расходование витамина В12
- 2) Меноррагии
- 3) Нарушение всасывания витамина В12
- 4) Беременность

Правильный ответ: 1,3

14. Каков основной гематологический критерий эффективности терапии анемии Аддисона-Бирмера?

- 1) Появление ретикулоцитарного криза на 5-6-й день лечения
- 2) Увеличение процента насыщения железом трансферрина
- 3) Увеличение цветового показателя Правильный ответ:1

15. Каковы причины геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите?

- 1) Тромбоцитопения
- 2) Снижение содержания белков протромбинового комплекса
- 3) Увеличение содержания плазминогена
- 4) Поражение сосудистой стенки
- 5) Все неверно

Правильный ответ:4

16. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии?

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Васкулитно-пурпурный
- 3) Гематомный
- 4) Ангиоматозный
- 5) Смешанный

Правильный ответ:3

17. Каков патогенез кровоточивости при болезни Верльгофа?

- 1) Тромбоцитопения

- 2) Усиление фибринолиза
- 3) Дефицит фактора Виллебранда
- 4) Патология сосудистой стенки Правильный ответ: 1

18. Что представляют собой тени Боткина-Гумпрехта?

- 1) Разрушенные монобласты
- 2) Нейтрофилы, фагоцитировавшие ядерную субстанцию
- 3) Миелокариоциты
- 4) Моноциты
- 5) Разрушенные ядра лимфоцитов Правильный ответ: 5

19. Если у больного анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз в периферической крови, то следует думать:

- 1) Об эритремии
- 2) Об апластической анемии
- 3) Об остром лейкозе
- 4) О В12- дефицитной анемии Правильный ответ: 3

20. К нарушениям сердечно-сосудистой системы при эритремии относятся:

- 1) Склонность к тромбозам
- 2) Острый инфаркт миокарда
- 3) Инсульт
- 4) Наклонность к гипотензии Правильный ответ: 1,2,3

21. Железодефицитная анемия может развиваться при следующих состояниях:

- 1) Операции на желудке
- 2) Рецидивирующие кровопотери
- 3) Хронические заболевания кишечника
- 4) Беременность
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

22. Укажите один из основных эффектов В-12 в организме:

- 1) Регулирование дыхательных ферментов
- 2) Участие в синтезе и утилизации ДНК и РНК
- 3) Влияние на тонус венул
- 4) Влияние на тонус артериол
- 5) Регулирование желчевыделения Правильный ответ: 2

23. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

- 1) эритремии
- 2) множественной миеломы
- 3) болезни Гоше
- 4) геморрагического васкулита
- 5) лимфогрануломатоза Правильный ответ: 1

24. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

- 1) амилоидозе
- 2) тромбоцитрпении
- 3) мегалобластной анемии
- 4) болезни Гоше
- 5) множественной миеломе Правильный ответ: 3

25. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для: 1) гемолитических анемий

- 2) железодефицитных анемий
- 3) множественной миеломы
- 4) болезни тяжелых цепей
- 5) мегалобластной анемии Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

В стационар поступает больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации.

Объективно: температура 36,7⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Железодефицитная анемия
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови: снижение уровня железа сыворотки крови и повышение общей железосвязывающей способности плазмы.
3. Обморок
4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении. Принципы лечения: Диета с повышенным содержанием железа.

Препараты железа внутрь: ферроплекс, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре (феррум-лек, ферковен) - лечение длительное, в течение нескольких месяцев. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №2.

К терапевту обратился больной С., 46 лет, с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного удален желудок по поводу новообразования.

Объективно: температура: 36,6С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно-малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания

Эталоны ответов

1. В12 - дефицитная анемия. Состояние после гастрэктомии по поводу новообразования.
2. Общий анализ крови: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, увеличение цветового показателя, тельца Жолли и кольца Кебота, увеличение СОЭ, Исследование крови на витамин В12, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография органов грудной клетки.
3. Анемическая кома

4. Пациент нуждается в стационарном лечении. Диета с достаточным содержанием белков, витаминов. Витамин В12 в/м. Программа реабилитации. Прогноз для жизни благоприятный при проведении профилактических мероприятий. Профилактика - первичная: своевременное выявление и лечение заболеваний, способных вызвать В12-дефицитную анемию; рациональное питание; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с В12-дефицитной анемией; профилактическое применение витамина В12 больным этим заболеванием.

Ситуационная задача №3.

Больная С. 25 лет жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40 градусов, носовое кровотечение. Заболела неделю назад. Объективно: температура 39,5 °С. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Изо рта - гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Имеется гнойное наложение. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Острый лейкоз.

2. Общий анализ крови: анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, наличие в периферической крови бластных клеток, отсутствие переходных форм, «лейкемический провал», пункция костного мозга.
3. Пневмония, сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияние в мозг.
4. Пациентка нуждается в обязательной госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №4.

Больной П., 56 лет, обратился к терапевту с жалобами на появление припухлостей в области шеи, быструю утомляемость, недомогание, понижение аппетита. Болен в течение 1,5 лет.

Объективно: температура 37,5 °С. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Пальпируются увеличенные подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они не спаяны между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, перкуторный звук ясный, легочный. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,4 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 78 в мин., ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 135/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический лимфолейкоз.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия, тромбоцитопения, стеральная пункция, пункция лимфатических узлов.
3. Пневмония, сепсис, анемия
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №5.

Больной В. 16 лет поступает в стационар с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение “синяков” даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расспросе выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба. Объективно: температура 36,8°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах - темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Гемофилия.

2. Общий анализ крови: анемия, коагулограмма: удлинение времени свертывания крови, дефицит факторов свертывания.
3. Гемартрозы, ведущие к инвалидности, развитие анемии
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Раздел 8. Ревматические заболевания.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Этиологический фактор ревматической лихорадки:

- 1) Пневмококк
- 2) Бета -гемолитический стрептококк группы А
- 3) Менингококк
- 4) Клебсиеллы 5) Стафилококк

Правильный ответ: 2

2. Ведущий патогенетический механизм ревматической лихорадки:

- 1) Гиперпродукция антинуклеарных антител с образованием циркулирующих иммунных комплексов
 - 2) Нарушение регуляции иммунного ответа на стрептококковые антигены
 - 3) Гиперпродукция антител к IgG
 - 4) Гиперпродукция IgE
- Правильный ответ: 2

3. Характерные для острой ревматической лихорадки кожные проявления

- 1) Кольцевидная эритема
- 2) Буллезные высыпания
- 3) Розеола
- 4) Петехиальные высыпания
- 5) Крапивница

Правильный ответ: 1

4. Для полиартрита при ревматической лихорадке характерны:

- 1) Анкилоз
- 2) Нарушение функции суставов 2 степени после лечения

- 3) Нарушение функции суставов 3 степени после лечения
- 4) Полная обратимость артрита после лечения

Правильный ответ:4

5. Для острой ревматической лихорадки характерны: 1) Постоянные боли в суставах, особенно по ночам

- 2) Летучие боли в крупных суставах
 - 3) Боли в суставах при ходьбе
 - 4) Боли в суставах после приема мясной пищи, алкоголя
- Правильный ответ:2

6. Специфичное поражение нервной системы при острой ревматической лихорадке у детей

- 1) Полиневрит
- 2) Арахноидит
- 3) Менингит
- 4) Малая хорея

Правильный ответ:4

7. Наиболее специфичное поражение сердца при острой ревматической лихорадке

- 1) Сухой перикардит
 - 2) Экссудативный перикардит
 - 3) Вальвулит
 - 4) Бородавчатый эндокардит
 - 5) Констриктивный перикардит
- Правильный ответ:3

8. Наиболее специфичный для ревматической болезни сердца порок:

- 1) Недостаточность митрального клапана
 - 2) Стеноз устья аорты
 - 3) Недостаточность аортальных клапанов
 - 4) Стеноз митрального отверстия
- Правильный ответ:4

9. Назовите поражение органов дыхания, встречающееся при острой ревматической лихорадке: 1) Бронхит

- 2) Бронхиолит
- 3) Пневмония
- 4) Плеврит
- 5) Абсцесс легкого

Правильный ответ:4

10. Назовите поражение почек при острой ревматической лихорадке:

- 1) Пиелонефрит
- 2) Гломерулонефрит
- 3) Сосочковый некроз
- 4) Амилоидоз

Правильный ответ:2

11. При проведении длительной глюкокортикостероидной терапии у больных РА отдается предпочтение 1) Преднизолону

- 2) Дексаметазону
- 3) Триамсинолону
- 4) Бетаметазону
- 5) Полькортолоном

Правильный ответ:1

12. Симптом подагры:

- 1) Тофусы
 - 2) Узелки Гебердена
 - 3) Узелки Бушара
 - 4) Пяточные "шпоры"
 - 5) Узелки Ашофф-Таллалаева
- Правильный ответ:1

13. Рентгенологически для подагры специфичны:

- 1) Округлые "штампованные" дефекты эпифизов (симптом <пробойника>)

- 2) Сужение суставной щели
- 3) Узурь эпифизов
- 4) Остеофиты
- 5) Подвывихи суставов кисти
- 6) Расширение суставной щели Правильный ответ: 1

14. В питании больных подагрой необходимо ограничить:

- 1) Молочные продукты
- 2) Легкоусвояемые углеводы
- 3) Злаковые
- 4) Фрукты 5) Мясные продукты Правильный ответ: 5

15. Препарат для купирования острого приступа подагры:

- 1) Нимесил
- 2) Никотиновая кислота
- 3) Румалон
- 4) Симвиск 5) Пиаскледин

Правильный ответ: 1

16. Рентгенологические признаки III стадии ревматоидного артрита:

- 1) Сужение суставной щели.
- 2) Околосуставной остеопороз.
- 3) Значительное разрушение хряща и кости.
- 4) Круглые дефекты в эпифизах костей.

Правильный ответ: 1,2,3

17. Диагностические признаки ревматоидного артрита:

- 1) Симметричный артрит
- 2) Утренняя скованность суставов кистей
- 3) Околосуставной остеопороз
- 4) Наличие в синовиальной жидкости рагоцитов
- 5) Все вышеперечисленное верно Правильный ответ: 5

18. При лечении ревматоидного артрита нужно руководствоваться следующим:

- 1) Лечение надо начинать с кортикостероидов
- 2) Базисным лекарственным средством является индометацин
- 3) При висцеральных поражениях не следует назначать препараты золота
- 4) При поражениях почек показаны антибиотики широкого спектра действия
- 5) При моноартрите назначают плазмаферез Правильный ответ: 3

19. Ревматоидный фактор является:

- 1) Антителами к Fc -фрагменту молекулы IgG
- 2) Ферментом
- 3) Антигеном 4) Комплементом

Правильный ответ: 1

20. Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:

- 1) Бета-гемолитический стрептококк
- 2) Золотистый стафилококк
- 3) Хламидии
- 4) Микобактерии туберкулеза Правильный ответ: 3

21. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить

- 1) с острым гломерулонефритом
- 2) с хроническим нефритом
- 3) с экстракапиллярным нефритом
- 4) с бактериальным эндокардитом
- 5) со всеми перечисленными заболеваниями Правильный ответ: 5

22. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- 1) лица, пальцев кистей и стоп;
- 2) туловища, лица и конечностей;
- 3) в основном туловища;
- 4) в основном лица;
- 5) в основном пальцев кистей. Правильный ответ: 2

23. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

1) параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом

Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);

- 2) эритема на открытых участках кожи;
- 3) пойкилодермия; 4) алопеция; 5) синдром Рейно. Правильный ответ: 1

24. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- 1) гепатотоксические;
- 2) нефротоксические;
- 3) гематологические;
- 4) кожные;
- 5) желудочно-кишечные. Правильный ответ: 5

25. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- 1) ирит и иридоциклит;
- 2) склерит;
- 3) конъюнктивит; 4) блефарит; 5) катаракта. Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу 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°C. 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, реабилитации, 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 госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №2.

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 39°C, 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Острая ревматическая лихорадка, 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. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №3.

Пациент 42 лет предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической работе, сердцебиение, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, в ногах. В анамнезе – частые ангины.

Объективно: бледен, губы несколько цианотичны. T=36,6°C. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД=24 в минуту. Перкуторно левая граница сердца смещена кнаружи на 1,5-2 см. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум. PS=90 в минуту, АД=100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 1-1,5 см, край ее ровный, плотноватый. Стул в норме. Отеки на стопах, голенях. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.

Эталоны ответов

1. Можно предположить наличие у пациента ревматического порока сердца (недостаточность митрального клапана), в стадии декомпенсации.
2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: ЭХОКГ, ЭКГ, общий анализ крови (исключить активность ревматической лихорадки), биохимический анализ крови (острофазовые белки, ревматоидный фактор, АСЛО).
3. Необходимо стационарное лечение с дальнейшим диспансерным наблюдением амбулаторно.

Ситуационная задача №4.

Пациентка С., 22 года, обратилась к терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте. Указанные симптомы возникли около недели назад после отдыха в выходные дни на берегу озера, где пациентка загорала.

При осмотре на коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Температура тела 37,3°C. При пальпации левой кисти определяются уплотненные болезненные сухожилия сгибателей пальцев, попытка согнуть кисть в кулак вызывает боль. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД - 17 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.

Эталоны ответов

1. Системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в виде «бабочки» и зоне «декольте»), серозных оболочек (плеврит), суставов (артралгии).
2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: общеклинические анализы, биохимический анализ крови, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, волчаночный антикоагулянт, рентгенография органов грудной клетки.
3. Рекомендовано стационарное лечение с применением ГКС, при необходимости – цитостатиков. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №5.

Пациентка К., 32 года, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, припухание пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3-го пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде.

Указанные симптомы появились около четырёх недель назад. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объёме всех пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3-го пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся посинением в тепле. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. ЧСС - 76 в, минуту. АД - 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит: полиартрит. Синдром Рейно. Основным в данной ситуации является суставной синдром.
2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: общеклинические анализы, биохимический анализ крови, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, рентгенография кистей.
3. Рекомендовано стационарное лечение. Учитывая умеренную активность процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг в неделю в/м под контролем уровня

лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы (трентал) курсовым приёмом, курсы гипербарической оксигенации. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Раздел 9. Онкологические заболевания в клинике внутренних болезней.

Паранеопластический синдром (ПНС)

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1.Паранеопластическим синдромом называют:

- 1) синдром, обусловленный системным действием опухоли на макроорганизм
- 2) множественные отдаленные гематогенные метастазы опухоли
- 3) множественные регионарные лимфогенные метастазы опухоли
- 4) последствия полихимиотерапии по поводу злокачественной опухоли

Правильный ответ:1

2. К антителоопозитивным паранеопластическим неврологическим синдромам относятся 1)подострая мозжечковая дегенерация, энцефаломиелопатия и подострая некротическая миелопатия

2)синдром зрительных расстройств, stiff-men синдром и подострая мозжечковая дегенерация 3)полидерматомиозит, острый мышечный некроз, миопатия с остеодистрофией и остеомалицией

4)энцефаломиелопатия; полидерматомиозит и миастенический синдром Ламберта–Итона 5)нейропатия с микроваскулитом, подострая пандизавтономия, подострая некротическая миелопатия

Правильный ответ:2

3. Онконевральные антитела обнаруживают в сыворотке крови

- 1)30% пациентов с ПНС
- 2)100% пациентов с ПНС
- 3)50% пациентов с ПНС
- 4)3% пациентов с ПНС 5)70% пациентов с ПНС

4. Присутствие в крови больного двух типов нейрональных аутоантител свидетельствует о

1)наличии двух злокачественных новообразований различной соматической локализации

- 2)активном метастатическом процессе
- 3)неэффективности противоопухолевого лечения
- 4)неблагоприятном прогнозе неврологической болезни
- 5)необходимости проведения химиолучевого лечения

Правильный ответ:1

5. Выбор тактики лечения пациентов с ПНС зависит от

- 1)типа злокачественной опухоли
- 2)стадии рака
- 3)возраста пациента
- 4)типа нейрональных аутоантител
- 5)выраженности метастатического процесса

6. доказана эффективность начала терапии ввиг для пациентов с ПНС

- 1)не позднее 1–2 мес. от дебюта неврологических симптомов
- 2)после визуализации злокачественной опухоли
- 3)после химиотерапии рака
- 4)после хирургической элиминации новообразования
- 5)после лучевого лечения опухоли

Правильный ответ:1

7. Среди злокачественных новообразований, с паранеопластическим лимбическим энцефалитом ассоциированы

- 1)лимфогранулематоз и рак молочной железы

- 2) тимомы и рак легкого
- 3) мелкоклеточный рак легкого и молочной железы
- 4) карцинома простаты и лимфома Ходжкина
- 5) рак почки и мочевого пузыря

Правильный ответ: 3
8. Дебют неврологических симптомов опережает клиническую манифестацию рака у пациентов с ПНС в среднем на

- 1) 5 лет
- 2) 6 мес.–2,5 года
- 3) 10 лет
- 4) 14 дней
- 5) 1 мес.

Правильный ответ: 2

9. Самым распространенным неврологическим осложнением лекарственной терапии рака является 1) тазовые нарушения

- 2) глазодвигательные нарушения
- 3) прогрессирующая слабость мышц
- 4) деменция
- 5) периферическая токсическая полинейропатия

Правильный ответ: 5

10. Первой линией иммуномодулирующей терапии ПНС являются

- 1) иммунодепрессанты и плазмаферез
- 2) моноклональные антитела и кортикостероиды
- 3) ВВИГ, кортикостероиды и плазмаферез
- 4) ВВИГ и кортикостероиды
- 5) кортикостероиды

Правильный ответ: 3

11. В основе механизмов канцерогенеза лежит:

- 1) активация механизмов апоптоза
- 2) нарушение регуляции клеточного цикла деления
- 3) супрессия трансформации протоонкогенов в онкогены

Правильный ответ: 2

12. Протоонкогены-это:

- 1) гены с перманентной активностью, независимой от внешних сигналов
- 2) гены-супрессоры, тормозящие клеточное деление
- 3) нормальные, регулируемые гены, необходимые для роста и пролиферации

клеток организма

Правильный ответ: 3

13. Свойства злокачественных опухолей:

- 1) экспансивный рост
- 2) инвазивный рост
- 3) рецидивирование
- 4) анаплазия
- 5) метастазирование

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5

14. Карциноэмбриональный белок продуцируют:

- 1) Рак желудка
- 2) Рак молочной железы
- 3) Рак предстательной железы
- 4) Рак толстой кишки

Правильный ответ: 1, 2, 4

15. Биологические черты опухолевых клеток:

- 1) в культуре ткани имеют неупорядоченный рост
- 2) в культуре клеток растут в форме монослоя
- 3) при росте в культуре контактное торможение ослаблено
- 4) в них усилен эффект Пастера

Правильный ответ: 1, 3

16. Для опухолевых клеток характерен синтез:

- 1) антипротеаз

- 2) плазмина
- 3) протеаз
- 4) рецепторов к факторам роста
- 5) кейлонов

Правильный ответ: 2, 3, 4

17. Автономный рост опухоли можно связать:

- 1) с ингибцией синтеза кейлонов
- 2) с ответом острой фазы
- 3) с секрецией фактора ангиогенеза
- 4) с значительной утратой МНС I класса
- 5) с антителозависимой клеточной цитотоксичностью
- 6) с наличием тумороспецифических антигенов

Правильный ответ: 1, 3, 4

18. К наследственным аутосомно-доминантным формам относятся:

- 1) ретинобластома
- 2) саркома Капоши
- 3) аденоматозный полипоз толстого кишечника
- 4) MEN- синдром множественных эндокринных опухолей
- 5) острый миелолейкоз

Правильный ответ: 1, 3, 4

19. К возникновению опухолей предрасполагают:

- 1) синдром Блума
- 2) синдром Фанкони
- 3) синдром Итона-Ламберта
- 4) пигментная ксеродерма
- 5) миастения гравис

Правильный ответ: 1, 4

20. ДНК-сдерживающие онкогенные вирусы человека:

- 1) вирус герпеса
- 2) вирус гепатита В
- 3) вирус Эпштейн-Барра
- 4) вирус Т-лейкоза взрослых
- 5) папилломавирус

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5

21. К семейным ракам с наибольшей вероятностью относятся:

- 1) рак желудка
- 2) рак легких
- 3) рак молочной железы
- 4) рак яичников

Правильный ответ: 3, 4

22. Паранеопластический синдром, развившийся у 55 летнего мужчины, страдающего раком средней доли легких (опухоль продуцирует гонадотропный гормон):

- 1) гипокальциемия
- 2) гиперкортизолизм
- 3) гинекомастия
- 4) акромегалия
- 5) гипофосфатемия

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой

половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырех месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель.

Из анамнеза жизни: туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, аборт - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст.

Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой реберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечеткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.
4. Какой степени обезболивающую терапию необходимо назначить больной?

Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.

5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

Эталон ответов

1. Рак правой молочной железы T4 N2 M1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.

2. T4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы. N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения. M1, так как имеются отдаленные метастазы (у данной пациентки в правое легкое). Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.

3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.

4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй степени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей степени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2

приема. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устраняемая неопиоидными анальгетиками.

5. Адьювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.

Ситуационная задача 2

Больной З., 62 лет, в прошлом кочегар, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, резкое похудание, осиплость голоса, затрудненное дыхание, неприятный запах изо рта, сухой кашель. При ларингоскопии в гортани обнаруживается бугристая изъязвленная опухоль, захватывающая более половины гортани. Опухоль прорастает голосовые связки и надгортанник. Шейные лимфатические узлы увеличены, плотны на ощупь, безболезненны. При анализе крови обнаружена выраженная анемия. *Как называется описанный характер роста опухоли, и для каких новообразований он характерен? Имеются ли у больного паранеопластические синдромы? Если да, то каков их патогенез? Эталон ответа.*

В задаче описан **инвазивный характер роста**, при котором происходит проникновение клеток опухоли в окружающие нормальные ткани (опухоль прорастает голосовые связки и надгортанник). Встречается при злокачественных новообразованиях. **У больного выявлено 2 паранеопластических синдрома: кахексия и анемия. Формирование кахексии может быть связано с поглощением опухолевыми клетками субстратов метаболизма и пластических процессов, интоксикацией организма продуктами распада опухоли и окружающих ее тканей, избыточным образованием макрофагами и моноцитами организма ФНО α , усиливающего липолиз, снижением аппетита вследствие опухолевой интоксикации и психической депрессии пациентов. В основе развития анемии может лежать избыточный гемолиз эритроцитов или угнетение эритропоэза; возможно нарушение синтеза белков, ответственных за транспорт и утилизацию железа.**

Ситуационная задача 3

Больной Г., 47 лет, обратился с жалобой на появление в области правой кисти бугорка, в области которого 4 недели назад появилась язва. При осмотре: на правой кисти безболезненное образование размером 2х2 см. В центре образования кровотокающая язва. Края образования плотные. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании обнаружены атипичные клетки. Диагноз: базально-клеточный рак кожи.

1. Что является наиболее частой причиной рака кожи?
2. Перечислите основные методы лечения рака.
3. Как изменяется углеводный обмен в опухолевых клетках?

Ответ.

1. Наиболее частой причиной рака кожи является хроническая избыточная инсоляция.

2. Удаление опухоли (иссечение, электрохирургия, криохирургия, лазерная хирургия), лучевая терапия, иммунотерапия.

3. Углеводный обмен в опухолевых клетках характеризуется увеличением включения глюкозы в реакции гликолиза; устранением феномена торможения гликолитического окисления глюкозы в аэробных условиях; отсутствием активации потребления глюкозы в процессе тканевого дыхания при оксигенации опухолевых клеток; уменьшением относительной доли тканевого дыхания при ресинтезе АТФ; интенсификацией процесса прямого окисления углеводов в пентозофосфатном цикле.

Ситуационная задача 4

У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером 1,2*1,5*1,5 см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Нб 180 г/л, эритроциты $7,5 \cdot 10^{12}/л$,

ретикулоциты 10%, лейкоциты $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $250 \cdot 10^9/\text{л}$; Ht 0,61, эритропоэтин — на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пунктата образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие почечно-клеточного рака. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 недели после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

1. Какая форма патологии развилась у пациента в связи с развитием почечно-клеточного рака? Охарактеризуйте эту патологию с учётом данных из задачи.
2. В чём причина этой формы патологии?
3. Каковы механизмы её развития и симптомов, имеющих у пациента?
4. Какие другие разновидности первичных и вторичных форм этой патологии могут встретиться у человека?

Ответ.

1. У пациента развился вторичный (приобретённый) абсолютный эритроцитоз. Он характеризуется усилением эритропоэза в костном мозге и выходом избытка эритроцитов в сосудистое русло. В связи с этим повышается число эритроцитов в крови (до $7,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$), ретикулоцитов (10%), уровень Hb (до 180 г/л), Ht (0,61), увеличивается АД (150 и 90 мм рт.ст. систолическое и диастолическое соответственно).

2. Причиной развития вторичного абсолютного эритроцитоза в данном случае является гиперпродукция эритропоэтина (уровень его в крови на 20% выше нормы) клетками опухоли правой почки.

3. Повышение уровня эритропоэтина в крови обуславливает стимуляцию эритропоэза в костном мозге и выхода избытка эритроцитов (в том числе их молодых форм) в циркулирующую кровь. Это, в свою очередь, приводит к эритроцитозу, увеличению Ht и содержания Hb в крови. Повышенное АД является результатом эритроцитоза, обусловившего гиперволемию.

4. У человека могут развиваться несколько разновидностей эритроцитозов:

I. Первичные (самостоятельные болезни): эритремии (например, болезнь Вакеза), семейные (наследуемые) эритроцитозы.

II. Вторичные (симптомы других болезней): абсолютные и относительные.

Ситуационная задача 5

Больная 46 лет обратилась с жалобами на частое мочеиспускание с макрогематурией и общую адинамию. Проведена цистоскопия, найдено опухолевидное разрастание, взят биоптат этой ткани и прилегающей слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптата: опухолевидное разрастание состоит из правильно расположенных клеток, но местами имеются скопления атипичных клеток. Больная более 10 лет работает на ткацком комбинате в красильном цехе, где используют анилиновые красители.

1. Какой тип опухоли развился у больной?
2. Какова возможная причина новообразования?
3. К какому классу канцерогенов относятся анилиновые красители?
4. Какие механизмы противоопухолевой резистентности оказались неэффективными у пациентки?

Ответ.

1. Судя по данным гистологического исследования (при котором выявлены атипичные клетки), у пациентки развилась злокачественная опухоль.

2. Вероятными причинами развития этого новообразования явились: генетически обусловленная и/или приобретенная предрасположенность в виде недостаточной антибластомной резистентности организма, воздействие канцерогенов - анилиновых красителей, можно также предполагать воздействие коканцерогенных факторов.

3. К экзогенным химическим канцерогенам.

4. Неэффективными оказались антиканцерогенные и антимутационные механизмы антибластомной резистентности.

Раздел 10. Эндокринологические заболевания в клинике внутренних болезней.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

Тестовый контроль

1. К факторам, влияющим на развитие метаболического синдрома, относят:

- 1) Избыточное питание
- 2) Гиподинамию
- 3) Генетическую предрасположенность
- 4) Все перечисленное Правильный ответ: 4

2. При употреблении жиров организм получает:

- 1) 9 ккал
- 2) 4 ккал
- 3) 7 ккал
- 4) 4,5 ккал

Правильный ответ: 1

3. Висцеральный или абдоминальный тип ожирения:

- 1) Является предиктором возникновения сахарного диабета 1-го типа
- 2) Является предиктором возникновения сахарного диабета 2-го типа
- 3) Патогенетически не связан с развитием сахарного диабета
- 4) Снижает риск развития сахарного диабета 2-го типа

Правильный ответ: 2

4. Снижение уровня тестостерона ассоциировано:

- 1) С дислипидемией
- 2) С инсулинорезистентностью
- 3) С ожирением
- 4) Со всем перечисленным Правильный ответ: 4

5. Одним из факторов развития артериальной гипертензии при инсулинорезистентности является:

- 1) Уменьшением продукции оксида азота и простациклина
- 2) Уменьшением выработки ангиотензина
- 3) Уменьшение выработки тромбоксана
- 4) Все перечисленное Правильный ответ: 1

6. Основным признаком метаболического синдрома является:

- 1) Инсулинорезистентность
- 2) Центральное ожирение
- 3) Снижение уровня тестостерона
- 4) Артериальная гипертензия Правильный ответ: 2

7. К дополнительным критериям метаболического синдрома относят:

- 1) Повышение уровня триглицеридов
- 2) Артериальная гипертензия
- 3) Нарушение толерантности к глюкозе
- 4) Все перечисленное Правильный ответ: 4

8. К патогенетическому звену метаболического синдрома не относят:

- 1) Инсулинорезистентность
- 2) Ожирение
- 3) Диспротеинемия
- 4) Дислипидемия

Правильный ответ: 3

9. Бариатрическая (метаболическая) хирургия – это:

- 1) Направление хирургии, целью которой является коррекция ожирения или избыточного веса

2) Направление хирургии, целью которой является коррекция гормонального дисбаланса 3) Направление хирургии, целью которой является борьба с проявлениями и осложнениями метаболического синдрома

4) Один из способов хирургической коррекции ожирения Правильный ответ:1

10. К "золотому стандарту" хирургии ожирения относят:

- 1) Бандажирование желудка
- 2) Гастрошунтирование
- 3) Билиопанкреатическое шунтирование
- 4) Рукавная резекция желудка Правильный ответ:2

11. С целью коррекции гипергликемии применяют следующие группы препаратов:

- 1) Бигуаниды
- 2) Тиазолидиндионы
- 3) Ингибиторы альфа-глюкозидаз
- 4) Все перечисленные Правильный ответ:4

12. К противопоказаниям для назначения метформина можно отнести:

- 1) Почечная недостаточность
- 2) Сердечная недостаточность
- 3) Злоупотребление алкоголем
- 4) Все перечисленное Правильный ответ:4

13. В лечении дислипидемий применяют:

- 1) Статины
- 2) Фибраты
- 3) Никотиновую кислоту
- 4) Все перечисленное Правильный ответ:4

14. Наиболее опасным осложнением при приеме статинов является:

- 1) Рабдомиолиз
- 2) Миалгия
- 3) Миопатия
- 4) Диабетогенный эффект Правильный ответ:1

15. В связи с негативным влиянием на чувствительность к инсулину в лечении артериальной гипертензии с осторожностью используют:

- 1) Ингибиторы АПФ
- 2) Антагонисты рецепторов ангиотензина II
- 3) β -адреноблокаторы
- 4) Блокаторы кальциевых каналов Правильный ответ:3

16. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом является: 1) Ингибитор АПФ

- 2) β -адреноблокатор
- 3) Блокатор кальциевых каналов
- 4) Тиазидное мочегонное

Правильный ответ:1

17. К основным диагностическим критериям депрессивных расстройств относят: 1) Снижение настроения, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель

2) Отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями

- 3) Снижение энергии и повышенная утомляемость
- 4) Все перечисленное Правильный ответ:4

18. К синдрому ночной еды можно отнести:

- 1) Утренняя анорексия 2) Вечерняя и ночная булимия 3) Нарушения сна.
- 4) Все перечисленное Правильный ответ:4

19. К наиболее простому способу определения нарушения чувствительности тканей к инсулину относят:

- 1) Эугликемический гиперинсулинемический тест
- 2) Пероральный глюкозотолерантный тест
- 3) Инсулиновый супрессивный тест
- 4) Внутривенный глюкозотолерантный тест

20. Для больных с метаболическим синдромом характерны следующие дислипидемии:

- 1) Гипертриглицеридемия
- 2) Повышение уровня ЛПНП
- 3) Снижение уровня ЛПВП
- 4) Все перечисленное

Правильный ответ: 4

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

В стационар обратился больной с жалобами на преходящее чувство онемения в конечностях, немотивированную жажду и сухость во рту. При осмотре обращают на себя внимание следующие факты: рост 177 см, вес 109 кг, АД 160/180/90-110 мм.рт.ст., конечности прохладные в дистальных отделах, пульсация на тыле левой стопы отсутствует.

1. Какое заболевание можно предположить у данного больного?
2. Назовите диагностические критерии предполагаемого Вами заболевания.
3. Что способствует формированию инсулинорезистентности и в последующем сахарного диабета 2-го типа при предполагаемом Вами заболевании?
4. Механизмы формирования феномена инсулинорезистентности.

Эталонные ответы:

1. Метаболический синдром.
2. Критерии метаболического синдрома: абдоминальное ожирение; высокий уровень триацилглицеридов сыворотки крови; низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности; артериальная гипертония; гипергликемия.
3. Ожирение
4. Дефицит РИ (рецепторов инсулина); снижение аффинности к рецептору инсулина, дефицит цитоплазматических белков-субстратов рецепторов инсулина, нарушения протеинкиназного каскада, нарушение синтеза и транслокации ГЛЮТ-4.

Ситуационная задача №2

При проведении профилактического осмотра у пациента 46 лет были получены следующие результаты: окружность талии 116 см, уровень триацилглицеридов сыворотки крови 2,11 ммоль/л, уровень гликемии 7,2 ммоль/л.

1. О каком заболевании можно думать у данного человека?
2. Какие показатели липидного спектра будут также свидетельствовать в пользу Вашего предположения?
3. Дайте определение понятия «ожирение». Виды ожирения по характеру изменения жировой ткани.
4. К чему приводит избыточное поглощение свободных жирных кислот гепатоцитами?

Эталонные ответы:

1. Метаболический синдром.
2. Низкие значения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности.
3. Ожирение – избыточное накопление липидов в организме в виде триглицеридов. Гипертрофическое и гиперпластическое.
4. Повышается синтез триацилглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности

Ситуационная задача №3.

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на головные боли по утрам, неосвежающий ночной сон, дневную сонливость, снижение концентрации внимания.

Из анамнеза известно, что пациент храпит в течение 5 лет, появление храпа связывает с повышением массы тела. Пациент курит в течение 25 лет, по пол-пачки в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Характер питания нерациональный, с избыточным содержанием животных жиров. Кандидат в мастера спорта по борьбе, в настоящее время физическая активность недостаточная. Работает руководителем крупной фирмы, работа связана с психоэмоциональным перенапряжением. Наследственность отягощена по ССЗ, отец перенес инфаркт в 50 лет.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост - 196 см, вес - 126 кг (индекс массы тела - 33,2 кг/м²). Окружность талии - 119 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой. АД 130/80 ммрт.ст. Пульс - 64 уд/мин. При исследовании сосудов выслушивается систолический шум в проекции общей сонной артерии слева. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

По данным биохимического анализа крови: ОХС 6,2 ммоль/л, триглицериды 1,9 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 0,9 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 4,4 ммоль/л, АЛТ 64 Ед/л, АСТ 37 Ед/л, КФК 98 Ед/л, креатинин 64 ммоль/л, СКФ по СКД-ЕРІ 111 мл/мин. Глюкоза натощак - 5,2 ммоль/л. По данным респираторного мониторинга синдром обструктивного апноэ сна, средней степени тяжести. Индекс апноэ/гипопноэ 18 в час.

По данным ультразвукового исследования БЦА выявлен 50% стеноз общей сонной артерии (ОСА) слева. **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Какую гиполипидемическую терапию следует рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.
4. Определите план диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов

1. Ожирение I ст. Дислипидемия IIВ типа. Синдром обструктивного апноэ сна, средней степени тяжести. Стеноз общей сонной артерии слева, гемодинамически незначимый.

2. Проведение ЭКГ, проведение ЭхоКГ для определения типа ремоделирования камер сердца, оценки систолической и диастолической функции.

3. Наличие значимого стеноза ОСА, наряду с дислипидемией свидетельствует об очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений. Стратегия ведения такого пациента предусматривает незамедлительное начало лекарственной терапии наряду с мероприятиями по изменению образа жизни. Пациенту следует рекомендовать терапию статинами, для снижения уровня ЛПНП на 60% рекомендован розувастатин 40 мг или аторвастатин 80 мг. В рамках немедикаментозного лечения необходимо оптимизировать образ жизни, соблюдать диету, расширить режим физической активности, снизить массу тела.

4. Через 4—6 недель лечения следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК). При отсутствии побочных эффектов через 3, 6 месяцев следует провести повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Впоследствии контроль не реже 1 раза в год: оценка АД, риска SCORE, АСТ, АЛТ, КФК, глюкозы крови натощак, креатинина, ЭКГ, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

Раздел 11. Неотложная помощь в клинике внутренних болезней.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

- 1) первичной остановке кровообращения;
- 2) первичной остановке дыхания;
- 3) первичном поражении центральной нервной системы;
- 4) первичном поражении нейроэндокринной сферы;
- 5) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

Правильный ответ:2

2. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Правильный ответ:3

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Правильный ответ:1

4. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца: 1) левая половина грудной клетки;

- 2) рукоятка грудины;
- 3) нижняя треть грудины; 4) мечевидный отросток; 5) средняя часть грудины.

Правильный ответ:3

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:5

6. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:1

7. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии; 2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;

- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. Правильный ответ: 1

8. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ: 5

9. При остановке кровообращения развивается: 1) метаболический алкалоз;

2) метаболический ацидоз; 3) респираторный алкалоз;

4) респираторный ацидоз;

5) смешанный метаболический и респираторный ацидоз. Правильный ответ: 2

10. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо: 1. искусственная вентиляция легких; 2. наружный массаж сердца; 3. массивные переливания крови и кровезаменителей; 4. введение адреналина и бикарбоната натрия; 5. обеспечение гемостаза.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. Правильный ответ: 5.

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ: 1

12. При анафилактическом шоке показано:

1) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;

2) подкожное введение аминазина;

3) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина; 4)

интубация трахеи для снятия бронхоспазма; 5) дегидратационная терапия. Правильный ответ: 1

13. Для инфекционно-токсического шока характерно: 1. малый частый пульс; 2. снижение диуреза; 3. лихорадка, озноб, понос; 4. бледность и похолодание кожных покровов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ: 5

14. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго: 1) ясное сознание;

- 2) оглушение;**
- 3) сопор;**
- 4) кома;**

5) смерть мозга. Правильный ответ:2

15. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

1) ясное сознание;

2) оглушение;

3) сопор;

4) кома;

5) смерть мозга. Правильный ответ:3

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

1) ясное сознание;

2) оглушение;

3) сопор;

4) кома;

5) смерть мозга. Правильный ответ:4

17. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

1) снижение АД и учащение пульса;

2) снижение АД и урежение пульса; 3) повышение АД и учащение пульса; 4) повышение АД и урежение пульса; 5) АД и частота пульса не изменяются. Правильный ответ:3

18. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

1) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;

2) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;

3) отравлении фосфорорганическими соединениями;

4) декомпенсации миокарда;

5) тромбоэмболии легочной артерии. Правильный ответ:2

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

1) 10-20%;

2) 20-30%;

3) 30-40%;

4) 40-50%;

5) более 50%. Правильный ответ:2

20. Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

1) Гипернатриемия и кетоацидоз

2) Кетоацидоз и гипергликемия

3) Гипергликемия и гиперосмолярность

4) Гиперосмолярность и гипернатриемия Правильный ответ:3

21. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

1) Гипергликемия и гиперосмолярность

2) Гиперосмолярность и лактоацидоз

3) Лактоацидоз и гипернатриемия

4) Гипернатриемия и кетоацидоз

5) Кетоацидоз и гипергликемия Правильный ответ:5

22. Для выведения из гипогликемической комы назначают:

1) внутримышечное введение 5% раствора глюкозы;

2) подкожное введение 5% раствора глюкозы;

- 3) прием внутрь 2-3 кусочков сахара;
- 4) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы.

Правильный ответ: 4

23. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны:

- 1) гиперосмолярность;
- 2) гипергликемия;
- 3) гипернатриемия; 4) дыхание типа Куссмауля; 5) кетоацидоз.

Правильный ответ: 1, 2, 3;

24. Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является:

- 1) коллапс;
- 2) высокая температура тела;
- 3) учащенный пульс;
- 4) сухой кашель;
- 5) застойные явления в малом круге кровообращения. Правильный ответ: 1

25. В кардиологическом отделении БСМП ночью у больного, инвалида II группы внезапно появилась выраженная одышка, клочущее дыхание, розовые пенистые выделения изо рта. В каком состоянии находится больной?

- 1) остро развившаяся пневмония легочное кровотечение - туберкулез
- 2) отек легких
- 3) анафилактический шок
- 4) желудочное кровотечение - язва желудка Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Больной В., 58 лет, католик, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л — преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения, отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца — по срединноключичной линии. АД — 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях — частый, аритмичный, частота — 100 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС — 122 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. ЭКГ: ритм неправильный, R-R нерегулярный, комплексы QRS узкие, зубцы Р отсутствуют, волны f, **Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику причин возникновения пароксизма.

4. Определить тактику лечения. Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз — ИБС: Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков. Н I.
2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Фибрилляции предсердий как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача — снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты I группы (новокаинамид, кордарон, хинидин, ритмилен);

электростимуляция. В противорецидивной терапии: кордарон, β -блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

Ситуационная задача №2.

В стационар бригадой СМП доставлен пациент 40 лет, грузчик, 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. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Отек лёгких у больного с перенёсенным инфарктом миокарда.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи: положение больного с поднятым головным концом, кислородотерапия, мочегонные в/в, морфин в/в. Лечение осуществлять в ОРИТ.

Ситуационная задача №3.

Больной М., 45 лет, среди полного здоровья, почувствовал во время завязывания шнурков на ботинках, острейшую боль за грудиной, холодный липкий пот, удушье, кашель, чувство страха смерти. В анамнезе – варикозная болезнь. Объективно: состояние тяжелое, резко повышенного питания (масса тела – 120 кг, индекс Кетле – 34 кг/м^2) ортопноэ, набухание шейных вен. Кожные покровы чистые, холодные, влажные, синюшно-багровые. В лёгких дыхание ослаблено, в нижних отделах множество влажных хрипов. ЧД-30 в минуту. Тоны сердца значительно приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс соответствует ЧСС – 130 в минуту, ритм галопа. АД – 75/40 мм рт.ст. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Печень не выступает из под края реберной дуги. На голени множество варикозных узлов. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС – 130 в минуту, глубокий зубец S в I, глубокий зубец Q III в отведении. **Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Что можно увидеть на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки?
4. Назначьте антикоагулянтную терапию. **Эталон ответа:**

1. Тромбэмболия легочной артерии.
2. ОИМ, расслаивающаяся аневризма аорты, спонтанный пневмоторакс.
3. Клиновидную тень инфаркта легкого, усиление легочного рисунка.
4. Тромболитики (стрептокиназа 1500000 МЕ в/венно капельно в течение 20-30 мин., 100 мг тканевого активатора плазминогена в/венно капельно в изотоническом растворе натрия хлорида., урокиназа – 3000000 МЕ в течение 15-30 мин., а затем внутривенно капельно по 2500000 МЕ в течение 12 часов.) Прямые антикоагулянты: гепарин (если не вводили стрептокиназу) – 10000 ЕД в/в струйно, затем по 1000 ЕД/час в/в капельно до увеличения исходного АЧТВ в 2 раза, затем подкожно 2,5 тыс.-5 тыс. ЕД 6 раз в день под контролем АЧТВ и ПТИ. Гепариновая профилактика – 2,5 тыс. ед п/кожно 4 раза в сутки или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин – 3000-6000 международных анти-Ха ед. 1 раз в сутки), аспирин 0,25 г внутрь.

Ситуационная задача №4.

Больной О., 63 лет, доставлен в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Жалобы на сильное удушье, одышку, слабость, невозможность находиться в горизонтальном положении, сердцебиения и чувство сдавления в грудной клетке. Почувствовал себя плохо в день, предшествующий госпитализации. Появилось удушье,

которое нарастало. Ночью сидел в кресле и почти не спал. Около 1 года назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре в реанимационном отделении: состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз лица. На лице капли пота. Дистанционно слышно шумное клокочущее дыхание и сухие хрипы. При кашле выделяется белая пенистая мокрота. При аускультации легких выслушивается множество средне- и крупнопузырчатых влажных хрипов во всех отделах легких, вплоть до верхних. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; цветовой показатель 0,9; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; СОЭ 17 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,0 ммоль/л; креатинин 105 мкмоль/л; АСТ 25 ед/л; АЛТ 65 ед/л; КФК общ. 855 ед/л; КФК МБ 154 ед/л; тропонин I 27,5 нг/мл; калий 4,9 ммоль/л; натрий 148 ммоль/л; хлориды 101 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,0 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, вольтаж снижен, элевация ST V1-6. В сравнение с предшествующей ЭКГ явная отриц. динамика.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. **Эталон ответов:**

1. ИБС. Повторный инфаркт миокарда. ОЛЖН. Альвеолярный отек легких. Н ПА.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- Контроль АД, ЧДД, ЧСС, пульсоксиметрия, оксигенотерапия с пеногасителем.

- Усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу); ☐ Обеспечение венозного доступа, проведение инфузионной терапии:

- ☒ Изокет 10 мг в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно.

- ☒ Фуросемид 40-60 мг в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно.

- ☒ морфин 10 мг дробно в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно; ☐ беталок 5 мг в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно; ☐ ввести 4000 ЕД гепарина в/в струйно, аспирин до 375 мг внутрь, плавикс 300 мг. ☐ госпитализировать пациента в ОИТ ЛПУ.

Ситуационная задача №5.

Бригадой СМП больной 42 лет, божж, доставлен в стационар с жалобами на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин. На ЭКГ-сегмент ST выше изолинии, высокий зубец T, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования в приёмном покое кардиологического стационара больной потерял сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Внезапная сердечная (коронарная) смерть. Инфаркт миокарда.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; восстановить проходимость дыхательных путей, т.к. у пострадавшего язык западает назад, перекрывая дыхательные пути; приступить к закрытому массажу сердца и ИВЛ в виду остановки сердца и дыхания; осуществлять контроль за ЭКГ, PS, АД; прекратить реанимацию через 30 мин, если она не эффективна, и констатировать смерть.

Ситуационная задача №6.

Терапевт вызван в палату к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом и находящемуся на стационарном лечении в терапевтическом отделении. Со слов соседей по палате несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт. ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталоны ответов

1. Гипогликемическая кома.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;

придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, асфиксии и аспирации масс; произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи, предотвращения асфиксии;

ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл) для повышения уровня сахара в крови. Если сознание не восстановилось - 2мл 10% раствора глюкагона в/м, если последний не эффективен - 1мл 0,1% раствора адреналина или 75-125 мг гидрокортизона в/м;

ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга;

установить причину гипогликемии, устранить ее и обучить пациента самоконтролю, скорректировать лечение.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Терапия»

Изучение данной дисциплины 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
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

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена.

2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Классификация ИБС.

3. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения, современные методы диагностики и лечения.
4. ОКС (острый коронарный синдром) без подъема сегмента ST: определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска. Медикаментозные и хирургические методы лечения. Тактика ведения больных.
5. Стратегия лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST: первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной коронарной артерии, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния.
6. Нестабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение
7. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение больного с инфарктом миокарда.
8. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.
9. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
10. Внезапная сердечная смерть: понятие, факторы риска, неотложная реанимационная помощь.
11. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения.
12. ХСН (хроническая сердечная недостаточность со сниженной систолической функцией левого желудочка). Определение, классификация, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН.
13. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям РКО. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины. Неотложные состояния при АГ.
14. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, рациональные антигипертензивные комбинации), показания к госпитализации.
15. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, БА и ХОБЛ, при беременности на основе рекомендаций РКО. Рефрактерная АГ (понятие, критерии диагностики, терапия).
16. Симптоматические АГ: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения
17. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
19. Гипертрофическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

20. Дилатационная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
21. Ишемическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
22. Кардиомиопатия Такоцубо: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
23. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины. Принципы лечения.
24. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.
25. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардиальной полости: показания, техника, осложнения.
26. Нарушение сердечного ритма: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм reentry, триггерная активность). Картина ЭКГ при различных видах аритмий.
27. Медикаментозная и немедикаментозная терапия аритмий. Классификация антиаритмических препаратов, их характеристика с точки зрения механизма действия, побочные эффекты. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.
28. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородки сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера) - клиническая картина, диагностика, лечение.
29. Приобретенные пороки сердца: клиника, диагностика, лечение.
30. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, синдром вегетативной дисфункции).
31. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма.
32. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.
33. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.
34. Метаболический синдром: состояние проблемы, современные критерии диагностики, подходы к терапии.
35. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Российского респираторного общества. Критерии диагноза пневмонии.
36. Внебольничная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
37. Госпитальная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
38. Атипичная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
39. Бронхиолиты. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
40. Бронхиты. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники в зависимости от этиологического фактора, диагностика. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности.

41. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
42. Бронхиальная астма: современные представления о патогенезе, алгоритме диагностики, понятие о контроле над БА, терапия.
43. Неконтролируемая БА: критерии диагностики. Рациональная фармакотерапия.
44. Жизнеугрожающая БА: клиника, диагностика. Неотложная терапия.
45. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.
46. Интерстициальные заболевания легких: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.
47. Бронхоэктатическая болезнь. Современные взгляды на этиопатогенез. Классификация, диагностика, лечение.
48. Абсцесс легких: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.
49. Гангрена легких. определение, классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина заболевания. Диагностика. Принципы терапии.
50. Поликистоз легких. Дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина. Эмфизема легких. Современные представления об этиопатогенезе. Диагностика. Принципы терапии.
51. Пневмоторакс. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Показания к госпитализации. Лечение. Осложнения.
52. Легочная гипертензия. Современные взгляды на этиопатогенез. Классификация, диагностика. Новые возможности медикаментозного лечения.
53. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.
54. ГПОД: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.
55. Функциональная диспепсия: классификация. Римские критерии IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.
56. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. Диагностика инфекции *H. pylori* согласно соглашению Маастрихт V.
57. Эрадикационная терапия при кислото-зависимых заболеваниях верхнего отдела ЖКТ (Маастрихт V). Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению.
58. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.
59. Синдром раздраженного кишечника (СРК). Классификация. Патогенез. Клиника. Принципы медикаментозной терапии
60. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и тактика при их развитии.
61. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.
62. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
63. Функциональные гастроинтестинальные расстройства: классификация. Римские критерии IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.

64. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика. Критерии диагноза, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
65. Хронический вирусный гепатит В: современные подходы к лечению и профилактике. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
66. Хронический вирусный гепатит С: современные подходы к лечению и профилактике. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
67. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.
68. ЖКБ: современное представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.
69. Функциональные билиарные расстройства: классификация. Римские критерии IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.
70. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, классификация. Патоморфология. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика.
71. Алкогольная болезнь печени: классификация, патогенез, лечение острого алкогольного гепатита.
72. Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.
73. Хронический колит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от локализации процесса. Лечение.
74. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины.
75. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
76. Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Современная диагностика. Лечение острого гломерулонефрита с учетом морфологической картины.
77. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение.
78. Инфекции мочевыводящих путей: классификация, современная этиология, факторы риска, рациональная антибиотикотерапия. Особенности течения и лечения у беременных, пожилых, при СД.
79. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Ведение беременных с хроническим пиелонефритом. Лечение.
80. Амилоидоз почек. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
81. Хроническая болезнь почек (ХБП): факторы риска, современные диагностические критерии (KDIGO, 2012г), клиника, диагностика, подходы к лечению.
82. Острое почечное повреждение. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
83. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, санаторнокурортное, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
84. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

85. В12 – и фолиеводефицитные анемии. Клинико-лабораторные синдромы. Современные методы лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
86. Врожденные и аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.
87. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
88. Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз. Терапия в свете доказательной медицины. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
89. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
90. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.
91. Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.
92. Перемежающая порфирия. Клиника и диагностика. Принципы лечения.
93. Геморрагические болезни. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.
94. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.
95. Гемобластозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Современная диагностика. Лечение.
96. Лимфогранулематоз. Современный патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.
97. Множественная миелома. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.
98. Лимфопролиферативные заболевания. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.
99. Лимфомы. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.
100. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.
101. Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.
102. Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современное лечение.
103. Эритремия. Клиника, современная диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечения. Техника кровопусканий.
104. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клиникодиагностические критерии ревматической лихорадки. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.
105. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, синдрома вегетативной дисфункции.
106. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.
107. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.
108. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.

109. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины.

110. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.

111. Остеоартроз: современная классификация, клиника, дифференциальная диагностика, методы диагностики, возможности медикаментозной терапии.

112. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагностики. Медикаментозное лечение реактивных артритов.

113. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины.

Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.

114. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.

115. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита.

116. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.

117. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины. Лечение СКВ.

118. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.

119. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.

120. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД.

121. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины. Лечение СКВ.

122. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

123. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.

124. Определение степени тяжести СД. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обменов). Критерии компенсации углеводного обмена. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.

125. Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.

126. Алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов, показания и противопоказания. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение (построение диеты) в условиях поликлиники. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.

127. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.

128. Современная классификация диабетической нефропатии (ДН) (Mogensen). Значение определения микроальбуминурии (МАУ) при выявлении групп риска развития ДН и эффективности лечения. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями

129. Факторы риска развития ИБС у больных СД. Клинические особенности ИБС у больных СД. Рекомендации по профилактике ИБС у больных СД. Артериальная гипертензия (АГ) у больных СД, стратификация риска. Доказательная база применения ингибиторов АПФ у больных СД.

130. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).

131. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.

132. Классификация зоба (Николаев О.В. 1955г., ВОЗ 1994г.). Диагностическое значение исследования уровней ТЗ, Т4, ТТГ. Практическая ценность и информативность методов инструментальной диагностики при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ).

133. Диффузный токсический зоб (ДТЗ). Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии ДТЗ. Показания к оперативному лечению ДТЗ. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения.

134. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика.

135. Гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. Заместительная терапия.

136. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.

137. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы и их интерпретация. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения.

138. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.

139. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма.

140. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Лечение.

141. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.

142. Неотложные мероприятия при диабетических комах.

143. Неотложные мероприятия при почечной колике.

144. Острая печеночная недостаточность. Ранняя диагностика и принципы неотложной терапии.

145. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника. Клинико-лабораторная диагностика и принципы неотложной терапии. Трансфузионные методы терапии.

146. Неотложные мероприятия при тромбоэмболии легочной артерии.

147. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии. Кома при B12-дефицитных анемиях.

148. Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке.

149. Неотложные мероприятия при желудочно-кишечном кровотечении.

150. Неотложные мероприятия при внезапной смерти.

БИЛЕТЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

Билет №1.

1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена.

2. Внебольничная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.

3. ЖКБ: современное представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.

4. Ситуационная задача.

Билет №2.

1. Медикаментозная и немедикаментозная терапия аритмий. Классификация антиаритмических препаратов, их характеристика с точки зрения механизма действия, побочные эффекты. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.

2. Бронхиты. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники в зависимости от этиологического фактора, диагностика. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности.

3. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №3.

1. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение больного с инфарктом миокарда.

2. Метаболический синдром: состояние проблемы, современные критерии диагностики, подходы к терапии.

3. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.

4. Ситуационная задача.

Билет №4.

1. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения, современные методы диагностики и лечения.

2. Симптоматические АГ: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения

3. Бронхиальная астма: современные представления о патогенезе, алгоритме диагностики, понятие о контроле над БА, терапия.

4. Ситуационная задача.

Билет №5.

1. ОКС (острый коронарный синдром) без подъема сегмента ST: определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска. Медикаментозные и хирургические методы лечения. Тактика ведения больных.

2. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Российского респираторного общества. Критерии диагноза пневмонии.

3. Эрадикационная терапия при кислото-зависимых заболеваниях верхнего отдела ЖКТ (Маастрихт V). Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению.

4. Ситуационная задача.

Билет №6.

1. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.

2. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, классификация. Патоморфология. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика.

4. Ситуационная задача.

Билет №7.

1. Нарушение сердечного ритма: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность). Картина ЭКГ при различных видах аритмий.

2. Неконтролируемая БА: критерии диагностики. Рациональная фармакотерапия.

3. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Классификация ИБС.

4. Ситуационная задача.

Билет №8.

1. ХСН (хроническая сердечная недостаточность со сниженной систолической функцией левого желудочка). Определение, классификация, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН.

2. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.

3. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, рациональные антигипертензивные комбинации), показания к госпитализации.

4. Ситуационная задача.

Билет №9.

1. Стратегия лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST: первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной коронарной артерии, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния.

2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.

3. Хронический вирусный гепатит В: современные подходы к лечению и профилактике. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.

4. Ситуационная задача.

Билет №10.

1. Синдром раздраженного кишечника (СРК). Классификация. Патогенез. Клиника. Принципы медикаментозной терапии.

2. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

3. Алкогольная болезнь печени: классификация, патогенез, лечение острого алкогольного гепатита.

4. Ситуационная задача.

Билет №11.

1. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, БА и ХОБЛ, при беременности на основе рекомендаций РКО. Рефрактерная АГ (понятие, критерии диагностики, терапия).

2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. Диагностика инфекции *H. pylori* согласно соглашению Маастрихт V.

3. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма.

4. Ситуационная задача.

Билет №12.

1. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и тактика при их развитии.

2. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины. Принципы лечения.

3. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.

4. Ситуационная задача.

Билет №13.

1. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям РКО. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины. Неотложные состояния при АГ.

2. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.

3. Функциональные билиарные расстройства: классификация. Римские критерии IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №14.

1. Внезапная сердечная смерть: понятие, факторы риска, неотложная реанимационная помощь.

2. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

3. Легочная гипертензия. Современные взгляды на этиопатогенез. Классификация, диагностика. Новые возможности медикаментозного лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №15.

1. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения.

2. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.

3. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, синдром вегетативной дисфункции).

4. Ситуационная задача.

Билет №16.

1. Нестабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение 2. Жизнеугрожающая БА: клиника, диагностика. Неотложная терапия.

3. Функциональная диспепсия: классификация. Римские критерии диагностики IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №17.

1. Гипертрофическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

2. Атипичная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.

3. ГПОД: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.

4. Ситуационная задача.

Билет №18.

1. Дилатационная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

2. Госпитальная пневмония. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.

3. Функциональные гастроинтестинальные расстройства: классификация. Римские критерии IV. Алгоритм диагностики. Принципы лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №19.

1. Ишемическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

2. Бронхиолиты. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.

3. Хронический вирусный гепатит С: современные подходы к лечению и профилактике. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности

4. Ситуационная задача.

Билет №20.

1. Кардиомиопатия Такоцубо: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

2. Интерстициальные заболевания легких: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.

3. Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.

4. Ситуационная задача.

Билет №21.

1. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.

2. Пневмоторакс. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Показания к госпитализации. Лечение. Осложнения.
3. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины.

4. Ситуационная задача.

Билет №22.

1. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме. 2. Бронхоэктатическая болезнь. Современные взгляды на этиопатогенез. Классификация, диагностика, лечение.

3. Хронический колит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от локализации процесса. Лечение.

4. Ситуационная задача.

Билет №23.

1. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардиальной полости: показания, техника, осложнения.

2. Абсцесс легких: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические синдромы, лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии.

3. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.

4. Ситуационная задача.

Билет №24.

1. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородки сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера) - клиническая картина, диагностика, лечение.

2. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.

3. Гангрена легких: определение, классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина заболевания. Диагностика. Принципы терапии.

4. Ситуационная задача.

Билет №25.

1. Приобретенные пороки сердца: клиника, диагностика, лечение.

2. Поликистоз легких. Дефицит α 1-антитрипсина. Эмфизема легких. Современные представления об этиопатогенезе. Диагностика. Принципы терапии.

3. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника.

Диагностика. Критерии диагноза, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

4. Ситуационная задача.

Билет №26.

1. Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Современная диагностика. Лечение острого гломерулонефрита с учетом морфологической картины.

2. Алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов, показания и

противопоказания. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение (построение диеты) в условиях поликлиники. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.

3. Неотложные мероприятия при при диабетических комах.

4. Ситуационная задача.

Билет №27.

1. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение.

2. Множественная миелома. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.

3. Диффузный токсический зоб (ДТЗ). Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии ДТЗ. Показания к оперативному лечению ДТЗ. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения.

4. Ситуационная задача.

Билет №28.

1. Инфекции мочевыводящих путей: классификация, современная этиология, факторы риска, рациональная антибиотикотерапия. Особенности течения и лечения у беременных, пожилых, при СД.

2. Лимфопролиферативные заболевания. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.

3. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.

4. Ситуационная задача.

Билет №29.

1. Амилоидоз почек. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

2. Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современное лечение.

3. Неотложные мероприятия при внезапной смерти.

4. Ситуационная задача.

Билет №30.

1. Хроническая болезнь почек (ХБП): факторы риска, современные диагностические критерии (KDIGO, 2012г), клиника, диагностика, подходы к лечению.

2. Эритремия. Клиника, современная диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечения. Техника кровопусканий.

3. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.

4. Ситуационная задача.

Билет №31.

1. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования.

Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

2. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.

3. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.

4. Ситуационная задача.

Билет №32.

1. В12 – и фолиевые дефицитные анемии. Клинико-лабораторные синдромы. Современные методы лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

2. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины.

3. Определение степени тяжести СД. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиций доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обменов). Критерии компенсации углеводного обмена. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.

4. Ситуационная задача.

Билет №33.

1. Врожденные и аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.

2. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики.

Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.

3. Острая печеночная недостаточность. Ранняя диагностика и принципы неотложной терапии. 4. Ситуационная задача.

Билет №34.

1. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

2. Остеоартроз: современная классификация, клиника, дифференциальная диагностика, методы диагностики, возможности медикаментозной терапии.

3. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы и их интерпретация. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №35.

1. Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз. Терапия в свете доказательной медицины. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.

2. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.

3. Неотложные мероприятия при почечной колике.

4. Ситуационная задача.

Билет №36.

1. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.

2. Классификация зоба (Николаев О.В. 1955г., ВОЗ 1994г.). Диагностическое значение исследования уровней Т3, Т4, ТТГ. Практическая ценность и информативность методов инструментальной диагностики при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ).

3. Перемежающаяся порфирия. Клиника и диагностика. Принципы лечения. 4. Ситуационная задача.

Билет №37.

1. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.

2. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины. Лечение СКВ.

3. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.

4. Ситуационная задача.

Билет №38.

1. Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.

2. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД.

3. Современная классификация диабетической нефропатии (ДН) (Mogensen). Значение определения микроальбуминурии (МАУ) при выявлении групп риска развития ДН и эффективности лечения. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями.

4. Ситуационная задача.

Билет №39.

1. Геморрагические болезни. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.

2. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика. 3. Факторы риска развития ИБС у больных СД. Клинические особенности ИБС у больных СД. Рекомендации по профилактике ИБС у больных СД. Артериальная гипертензия (АГ) у больных СД, стратификация риска. Доказательная база применения ингибиторов АПФ у больных СД.

4. Ситуационная задача.

Билет №40.

1. Острое почечное повреждение. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

2. Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.

3. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.

4. Ситуационная задача.

Билет №41.

1. Гемобластозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Современная диагностика. Лечение.

2. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).

3. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.

4. Ситуационная задача.

Билет №42.

1. Лимфомы. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.

2. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Ведение беременных с хроническим пиелонефритом. Лечение.

3. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.

4. Ситуационная задача.

Билет №43.

1. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.
2. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика.
3. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита.
4. Ситуационная задача.

Билет №44.

1. Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.
3. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, санаторнокурортное, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
4. Ситуационная задача.

Билет №45.

1. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.
2. Гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. Заместительная терапия.
3. Неотложные мероприятия при тромбоэмболии легочной артерии.
4. Ситуационная задача.

Билет №46.

1. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
2. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.
3. Неотложные мероприятия при желудочно-кишечном кровотечении.
4. Ситуационная задача.

Билет №47.

1. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Лечение.
2. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагностики. Медикаментозное лечение реактивных артритов.
3. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника. Клинико-лабораторная диагностика и принципы неотложной терапии. Трансфузионные методы терапии.
4. Ситуационная задача.

Билет №48.

1. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.
2. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, синдрома вегетативной дисфункции.
3. Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке.
4. Ситуационная задача.

Билет №49.

1. Лимфогранулематоз. Современный патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.

2. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

3. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы и их интерпретация. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения.

4. Ситуационная задача.

Билет №50.

1. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.

2. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма.

3. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии. Кома при В12-дефицитных анемиях.

4. Ситуационная задача.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Выберите один или несколько правильных ответов.

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. У больной 65 лет, страдающей гипертонической болезнью 2 стадии, инвалида II группы, отмечается гиперкинетический тип гемодинамики. Подбор антигипертензивной терапии следует начать с 1) ингибиторы АПФ

2) бета-адреноблокаторы

3) антагонисты кальция

4) мочегонные препараты 5) альфа-адреноблокаторы Правильный ответ:2

2. При гипертонической болезни обычного (незлокачественного) течения изменения почек заключаются в развитии

1) гиперплазии мезангиального аппарата клубочков

2) артериолонекроза

3) тубулоинтерстициальных поражений

4) артериолосклеротического нефросклероза

5) амилоидоза

Правильный ответ:4

3. Для злокачественного течения гипертонической болезни не характерно

1) стойкое высокое повышение систолического и диастолического АД

2) гипертоническая энцефалопатия

3) резистентность к гипотензивной терапии

4) прогрессирующая гипертрофия миокарда с левожелудочковой недостаточностью

5) переходящие изменения глазного дна на ранних стадиях, на поздних - склеротическое поражение сосудов Правильный ответ:5

4. Больным ИБС в сочетании с сахарным диабетом не рекомендуется

1) антагонистов кальция

2) метаболических препаратов

3) неселективных бета-адреноблокаторов

4) нитратов 5) ингибиторов АПФ Правильный ответ:3

5. Изменения на ЭКГ свидетельствующие о коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы

- 1) реверсия негативного зубца Т
- 2) удлинение интервала PQ
- 3) депрессия сегмента ST более 2 мм
- 4) появление предсердной экстрасистолии 5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса Правильный ответ:3

6. Признак наиболее характерный для вариантной стенокардии типа Принцметалла

- 1) появление приступа стенокардии в момент физической нагрузки
- 2) быстрый и хороший эффект от приёма нитроглицерина
- 3) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ на высоте болей
- 4) снижение сегмента ST на ЭКГ на высоте болей
- 5) хороший эффект от применения бета-адреноблокаторов Правильный ответ:3

7. Изменения на ЭКГ маскирующие острый крупноочаговый инфаркт миокарда и требующие для подтверждения диагноза выявления резорбтивно-некротического синдрома

- 1) блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) атриовентрикулярная блокада с периодами Венкебаха
- 3) атриовентрикулярная блокада I степени
- 4) блокада левой ножки пучка Гиса Правильный ответ:4

8. Наиболее информативный метод для определения некротических изменений в миокарде

- 1) определение С-реактивного белка и количества лейкоцитов в периферической крови
- 2) определение уровня ЛДГ в крови
- 3) определение уровня суммарной КФК в крови
- 4) определение уровня трансаминаз в крови
- 5) определение уровня тропонинов

Правильный ответ:5

9. Наиболее опасными желудочковыми экстрасистолами в прогностическом отношении считаются

- 1) ранние <R на T>
- 2) политопные
- 3) групповые (более 3-х)
- 4) аллоритмия

Правильный ответ:1,2,3

10. Препараты при ХСН способствующие объёмной разгрузке сердца 1) диуретики

- 2) иАПФ
- 3) сердечные гликозиды
- 4) кораксан
- 5) верошпирон 6) бета-блокаторы

Правильный ответ:1

11. Атипичной пневмонией является:

- 1) Пневмония, вызванная стафилококком (*S. aureus*)
- 2) Пневмония, вызванная гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*)
- 3) Пневмония, вызванная вирусом
- 4) Пневмония, имеющая атипичное течение
- 5) Пневмония, вызванная легионеллой (*L. pneumoniae*) Правильный ответ:5

12. Для пневмонии, в отличие от застойных явлений в легких, не характерно:

- 1) Незвонкие влажные хрипы в нижне-задних отделах
- 2) Звонкие влажные хрипы
- 3) Боли при дыхании

- 4) Очаговые тени 5) Шум трения плевры Правильный ответ:1

13. Какой признак не характерен для острого абсцесса лёгких?

- 1) Гектическая лихорадка
2) Наличие крепитации
3) Эластические волокна в мокроте
4) Нейтрофильный лейкоцитоз
5) Примесь крови в мокроте Правильный ответ:2

14. Наличие кровохарканья при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:

- 1) Рак бронха
2) Бронхиальную астму
3) Бронхоэктатическую болезнь
4) Пневмонию
5) Хронический гнойно-обструктивный бронхит Правильный ответ:1

15. Препараты выбора для лечения атипичной пневмонии

- 1) полусинтетические пенициллины
2) макролиды
3) цефалоспорины первого и второго поколений Правильный ответ:2

16. Ступенчатая терапия пневмонии

- 1) увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
2) уменьшение дозы антибиотика
3) переход с парентерального введения антибиотика на прием перорально
4) смена антибиотиков в процессе лечения Правильный ответ:3

17. Основными видами нарушения функции внешнего дыхания являются все перечисленные, кроме

- 1) вентиляционных
2) диффузных
3) перфузионных
4) нарушение транспорта O₂ и CO₂ Правильный ответ: 4

18. Возбудителями пневмонии у заболевшего вне стационара являются все перечисленные микроорганизмы, кроме:

- 1) пневмококка
2) синегнойной палочки
3) микоплазмы
4) клебсиеллы

Правильный ответ: 2

19. Раннее выявление рака легкого базируется:

- 1) на регулярной ежегодной флюорографии органов грудной клетки у взрослых
2) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и их ежегодном профилактическом флюорографическом обследовании
3) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и ежегодном обследовании пациентов, включающем анализ мокроты на клетки раковой опухоли и флюорографию органов грудной клетки
4) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и обследовании пациентов 1 раз в 6 месяцев, включающем анализ мокроты на клетки раковой опухоли и флюорографию органов грудной клетки

Правильный ответ: 4

20. Наиболее частым гранулематозным поражением легких неинфекционной природы является:

- 1) силикоз
2) саркоидоз 3) гистиоцитоз Х

Правильный ответ: 2

21. Укажите наиболее важные рентгенологические признаки язвенной болезни:

- 1) Рубцовая деформация органа

- 2) Моторные нарушения гастродуоденальной зоны
- 3) Степень выраженности пилоробульбарного стеноза
- 4) Все перечисленное верно Правильный ответ:4

22. Какие препараты могут вызвать язвенное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: 1) Ацетилсалициловая кислота

- 2) Метронидазол
- 3) Индометацин
- 4) Сукральфат

Правильный ответ:1,3

23. При длительно не рубцующейся язве желудка показаны:

- 1) Рентгенологическое исследование желудка
- 2) Проведение курса гипербарической оксигенации
- 3) Повторная эзофагогастроскопия с биопсией ткани из краев и дна язвы
- 4) Продолжение курса противоязвенной терапии Правильный ответ:1,3

24. Эндоскопический метод при язвенной болезни показан для:

- 1) Уточнения локализации язвы
- 2) Установления фазы заболевания (обострение или ремиссия)
- 3) Выявления осложнений
- 4) Оценки эффективности лечения
- 5) Всего вышеперечисленного

Правильный ответ:5

25. Какой возбудитель высевается со слизистой оболочки желудка при язвенной болезни любой локализации?

- 1) Стафилококк
- 2) Стрептококк 3) Грибы рода Candida
- 4) Helicobacter pylori
- 5) Энтерококк

Правильный ответ:4

26. Какая группа препаратов наиболее эффективна при симптоматических гастродуоденальных язвах с высокой степенью риска возникновения кровотечений?

- 1) Ингибиторы протонной помпы
- 2) Блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- 3) Антихолинергические средства
- 4) Антациды

Правильный ответ:1

27. Какой из перечисленных препаратов наиболее эффективен при лечении язвенной болезни, обусловленной инфицированием Helicobacter pylori?

- 1) Гастроцепин
- 2) Альмагель
- 3) Де-Нол
- 4) Платифиллин
- 5) Вентер

Правильный ответ:3

28. Какие из перечисленных клинических и лабораторных признаков характерны для язвенного кровотечения? 1) Бледность кожных покровов

- 2) Гипохромная анемия
- 3) Усиление болевого синдрома
- 4) Положительная реакция Грегерсена Правильный ответ:1,2,4

29. Какие из перечисленных клинических и лабораторных признаков характерны для перфорации язвы?

- 1) Появление <кинжальных> болей в эпигастральной области
- 2) Симптомы раздражения брюшины

- 3) Рвота <кофейной гущей>
 - 4) Выявление свободного воздуха на обзорной рентгенографии брюшной полости
- Правильный ответ: 1,2,4

30. Какие исследования используются для диагностики синдрома Золлингера - Эллисона?

- 1) Эзофагогастродуоденоскопия
 - 2) Уровень гастрина в сыворотке крови
 - 3) УЗИ органов брюшной полости
 - 4) Определение кислотообразующей функции желудка
 - 5) Все перечисленное верно
- Правильный ответ: 5

31. Какие признаки характерны для мочевого синдрома при ХГН?

- 1) Микропротеинурия
- 2) Лейкоцитурия
- 3) Гематурия
- 4) Цилиндрuria
- 5) Бактериурия

Правильный ответ: 3,4

32. Какие симптомы имеют значение для дифференциальной диагностики ОГН и ХГН?

- 1) Наличие стойкой АГ
 - 2) Величина протеинурии
 - 3) Гипертрофия левого желудочка
 - 4) Макрогематурия
 - 5) Изменение плотности мочи
- Правильный ответ: 1,3,5

33. При каких заболеваниях почек показана терапия кортикостероидами?

- 1) Амилоидоз
 - 2) ХГН нефротического типа
 - 3) ХГН в стадии почечной недостаточности
 - 4) ОГН с тенденцией к формированию нефротического синдрома
- Правильный ответ: 2,4

34. Какие диуретики следует использовать для лечения отеочного синдрома при ХГН и ХБП с 4-5?

- 1) Фуросемид
- 2) Тиазидовые
- 3) Этакриновую кислоту
- 4) Верошпирон

Правильный ответ: 1,3

35. Какие признаки позволяют отличить ХГН от хронического пиелонефрита?

- 1) Лихорадка с ознобом
 - 2) Одностороннее поражение почек
 - 3) Протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией
 - 4) Лейкоцитурия с бактериурией
- Правильный ответ: 3

36. Для ХГН в стадии 4-5 ХБП характерно все перечисленное, кроме одного:

- 1) Анемия
- 2) Гиперкалиемия
- 3) Артериальная гипертония
- 4) Понижение уровня АД
- 5) Азотемия

Правильный ответ: 4

37. Ренография позволяет оценить:

- 1) Функциональное состояние почек
- 2) Односторонний или двусторонний характер поражения почек

- 3) Возможность обструкции мочевыводящих путей
- 4) Уровень, на котором нарушена функциональная способность почек и мочевыводящих путей
- 5) Все перечисленное верно Правильный ответ:5

38. Нефротический синдром может быть обусловлен:

- 1) Приемом некоторых медикаментов
- 2) Наличием злокачественного новообразования
- 3) Амилоидозом
- 4) Хроническим нагноительным процессом
- 5) Все перечисленное верно Правильный ответ:5

39. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета.

В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете:

- 1) хронический интерстициальный цистит;
- 2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью;
- 3) форикулярное кровотечение на фоне венной почечной гипертензии;
- 4) опухоль мочевого пузыря;
- 5) опухоль лоханки и мочеточника. Правильный ответ:4

40. В этиологии ХГН имеет большое значение:

- 1) Вирусная инфекция
- 2) Воздействие солей тяжелых металлов
- 3) Несбалансированное питание
- 4) Злоупотребление алкоголем
- 5) Врожденные дефекты сосудистой системы почек Правильный ответ:1

41. Какой лабораторный показатель наиболее информативен для подтверждения синдрома анемии?

- 1) Количество эритроцитов
- 2) Количество ретикулоцитов
- 3) Цветовой показатель
- 4) Уровень гемоглобина
- 5) Показатель гематокрита Правильный ответ:4

42. Для железодефицитной анемии справедливо следующее утверждение:

- 1) Имеется сидеробластоз костного мозга
- 2) Осмотическая резистентность эритроцитов снижена
- 3) Лечебный эффект дает назначение сырой печени
- 4) Снижен цветовой показатель, что сочетается с микроцитозом
- 5) Все перечисленное верно Правильный ответ:4

43. Какой лабораторный показатель позволяет подозревать наличие железодефицитной анемии?

- 1) Мишеневидные эритроциты
- 2) Микроцитоз
- 3) Снижение цветового показателя
- 4) Макроцитоз
- 5) Отсутствие ретикулоцитов Правильный ответ:2,3

44. При мегалобластической анемии показаны:

- 1) Длительное применение препаратов железа
- 2) Курсовое назначение пиридоксина
- 3) Длительное применение анаболических стероидов
- 4) Применение цианкобаламина в инъекциях
- 5) Повторные трансфузии плазмы Правильный ответ:4

45. Диагноз гемолиза достоверен при выявлении:

- 1) Нормохромной анемии
- 2) Выраженного ретикулоцитоза
- 3) Неконъюгированной гипербилирубинемии
- 4) Всего вышеперечисленного Правильный ответ:4

46. Каков основной гематологический критерий эффективности терапии анемии Аддисона-Бирмера?

- 1) Появление ретикулоцитарного криза на 5-6-й день лечения
- 2) Увеличение процента насыщения железом трансферрина
- 3) Увеличение цветового показателя Правильный ответ:1

47. Каковы причины геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите?

- 1) Тромбоцитопения
- 2) Снижение содержания белков протромбинового комплекса
- 3) Увеличение содержания плазминогена
- 4) Поражение сосудистой стенки
- 5) Все неверно

Правильный ответ:4

48. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии?

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Васкулитно-пурпурный
- 3) Гематомный
- 4) Ангиоматозный
- 5) Смешанный

Правильный ответ:3

49. Каков патогенез кровоточивости при болезни Верльгофа?

- 1) Тромбоцитопения
- 2) Усиление фибринолиза
- 3) Дефицит фактора Виллебранда
- 4) Патология сосудистой стенки Правильный ответ:1

50. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для: 1) гемолитических анемий

- 2) железodefицитных анемий
- 3) множественной миеломы
- 4) болезни тяжелых цепей
- 5) мегалобластной анемии Правильный ответ:1

51. При проведении длительной глюкокортикостероидной терапии у больных РА отдается предпочтение 1) Преднизолону

- 2) Дексаметазону
- 3) Триамсинолону
- 4) Бетаметазону 5) Палькорталону

Правильный ответ:1

52. При лечении ревматоидного артрита нужно руководствоваться следующим:

- 1) Лечение надо начинать с кортикостероидов
- 2) Базисным лекарственным средством является индометацин
- 3) При висцеральных поражениях не следует назначать препараты золота
- 4) При поражениях почек показаны антибиотики широкого спектра действия
- 5) При моноартрите назначают плазмаферез Правильный ответ:3

53. Характерные для острой ревматической лихорадки кожные проявления

- 1) Кольцевидная эритема
- 2) Буллезные высыпания
- 3) Розеола
- 4) Петехиальные высыпания

5) Крапивница

Правильный ответ: 1

54. Для полиартрита при ревматической лихорадке характерны:

- 1) Анкилоз
- 2) Нарушение функции суставов 2 степени после лечения
- 3) Нарушение функции суставов 3 степени после лечения
- 4) Полная обратимость артрита после лечения

Правильный ответ: 4

55. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить 1) с острым гломерулонефритом

- 2) с хроническим нефритом
- 3) с экстракапиллярным нефритом
- 4) с бактериальным эндокардитом
- 5) со всеми перечисленными заболеваниями

Правильный ответ: 5

56. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- 1) ирит и иридоциклит;
- 2) склерит;
- 3) конъюнктивит; 4) блефарит; 5) катаракта.

Правильный ответ: 1

57. Наиболее специфичное поражение сердца при острой ревматической лихорадке

- 1) Сухой перикардит
- 2) Экссудативный перикардит
- 3) Вальвулит
- 4) Бородавчатый эндокардит
- 5) Констриктивный перикардит

Правильный ответ: 3

58. Наиболее специфичный для ревматической болезни сердца порок:

- 1) Недостаточность митрального клапана
- 2) Стеноз устья аорты
- 3) Недостаточность аортальных клапанов
- 4) Стеноз митрального отверстия

Правильный ответ: 4

59. Рентгенологически для подагры специфичны:

- 1) Округлые "штампованные" дефекты эпифизов (симптом <пробойника>)
- 2) Сужение суставной щели
- 3) Узурсы эпифизов
- 4) Остеофиты
- 5) Подвывихи суставов кисти 6) Расширение суставной щели

Правильный ответ: 1

60. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

1) параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом

Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);

- 2) эритема на открытых участках кожи;
- 3) пойкилодермия; 4) алопеция; 5) синдром Рейно.

Правильный ответ: 1

61. Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:

- 1) Бета-гемолитический стрептококк
- 2) Золотистый стафилококк
- 3) Хламидии
- 4) Микобактерии туберкулеза

Правильный ответ: 3

62. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- 1) лица, пальцев кистей и стоп;
- 2) туловища, лица и конечностей;

- 3) в основном туловища;
- 4) в основном лица;
- 5) в основном пальцев кистей. Правильный ответ:2

63. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- 1) гепатотоксические;
- 2) нефротоксические;
- 3) гематологические;
- 4) кожные;
- 5) желудочно-кишечные. Правильный ответ:5

64. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

- 1) Гипергликемия и гиперосмолярность
- 2) Гиперосмолярность и лактоацидоз
- 3) Лактоацидоз и гипернатриемия
- 4) Гипернатриемия и кетоацидоз
- 5) Кетоацидоз и гипергликемия. Правильный ответ:5

65. При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

- 1) Раствор хлорида натрия
- 2) Витамины группы В
- 3) Гидрокортизон
- 4) Норадrenalин
- 5) Аскорбиновую кислоту. Правильный ответ:3

66. Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

- 1) Определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- 2) Термография
- 3) Сканирование щитовидной железы
- 4) Ультразвуковое исследование
- 5) Определение тиреоидных гормонов в крови. Правильный ответ:4

67. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее целесообразно провести:

- 1) Сканирование щитовидной железы
- 2) УЗИ щитовидной железы
- 3) Пункционную биопсию
- 4) Определение антител к тиреоглобулину
- 5) Определение в крови содержания тиреоидных гормонов. Правильный ответ:3

68. Секретция альдостерона усиливается при непосредственном влиянии на его рецепторы:

- 1) Ангиотензина-1
- 2) Ренина
- 3) Дезоксикортикостерона
- 4) Ангиотензина-2
- 5) Прогестерона

Правильный ответ:4

69. Сахарный диабет развивается в результате:

- 1) Понижения секреции антидиуретического гормона
- 2) Нарушения углеводного обмена
- 3) Повышения секреции антидиуретического гормона
- 4) Повышения экскреции натрия с мочой
- 5) Понижения секреции альдостерона. Правильный ответ:1

70. Для характеристики функции щитовидной железы более информативно:

- 1) Сканирование щитовидной железы

- 2) Определение в крови ТЗ, Т4, ТТГ
- 3) Лимфография
- 4) Определение в крови антител к тиреоглобулину
- 5) Ультразвуковое исследование щитовидной железы Правильный ответ:2

71. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- 1) Наличие увеличения лимфатических шейных узлов
- 2) Болезненность при пальпации щитовидной железы
- 3) Повышение титра антител к тиреоглобулину
- 4) Ускоренное СОЭ
- 5) Повышение температуры Правильный ответ:3

72. При гиперкетонемической коме дыхание:

- 1) Редкое, поверхностное
- 2) Частое, поверхностное
- 3) Глубокое, редкое, шумное Правильный ответ:3

73. При несахарном диабете в моче выявляется:

- 1) Глюкозурия
- 2) Повышение относительной плотности мочи.
- 3) Снижение относительной плотности мочи
- 4) Протеинурия
- 5) Лейкоцитурия

Правильный ответ:3

74. Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

- 1) Гипернатриемия и кетоацидоз
- 2) Кетоацидоз и гипергликемия
- 3) Гипергликемия и гиперосмолярность
- 4) Гиперосмолярность и гипернатриемия Правильный ответ:3

75. У юноши 18 лет, воспитанника центра помощи семье и детям, оставшимся без попечения родителей, после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче - 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного: 1) Сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)

2) Сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)

3) Сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный

Правильный ответ:1

76. К группе тиреостатиков относится:

- 1) Метопролол
- 2) Перитол
- 3) Мерказолил
- 4) Преднизолон
- 5) Ретаболил

Правильный ответ:3

77. Для гиперпаратиреоза в биохимическом анализе крови характерно:

- 1) Снижение содержания калия
- 2) Повышение содержания кальция
- 3) Снижение паратгормона
- 4) Повышение содержания натрия
- 5) Снижение содержания кальция Правильный ответ:2

78. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом:

- 1) Кортикостеромы
- 2) Гипокортицизма
- 3) Болезни Иценко-Кушинга
- 4) Феохромоцитомы
- 5) Альдостеромы

Правильный ответ:2

79. Критерием определения тяжелой формы сахарного диабета является:

- 1) Уровень гликемии
 - 2) Определение массы тела больного
 - 3) Выраженность симптомов дегидратации тканей
 - 4) Использование сахароснижающей терапии
 - 5) Наличие и выраженность осложнений
- Правильный ответ: 5

80. Для вывода из гипогликемической комы назначают:

- 1) внутримышечное введение 5% раствора глюкозы;
- 2) подкожное введение 5% раствора глюкозы;
- 3) прием внутрь 2-3 кусочков сахара;
- 4) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы.

Правильный ответ: 4

81. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны:

- 1) гиперосмолярность;
- 2) гипергликемия;
- 3) гипернатриемия; 4) дыхание типа Куссмауля; 5) кетоацидоз.

Правильный ответ: 1, 2, 3;

82. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко-Кушинга и кортикостеромы:

- 1) определение суточного ритма кортизола;
- 2) проба с дексаметазоном;
- 3) сканирование надпочечников;
- 4) определение суммарного количества 17-кетостероидов в моче; 5) проба с

АКТГ.

Правильный ответ: 1, 2 и 3.

83. Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

- 1) первичной остановке кровообращения;
- 2) первичной остановке дыхания;
- 3) первичном поражении центральной нервной системы;
- 4) первичном поражении нейроэндокринной сферы;
- 5) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

Правильный ответ: 2

84. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ: 3

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Правильный ответ: 1

86. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца: 1) левая половина грудной клетки;

- 2) рукоятка грудины;

3) нижняя треть грудины; 4) мечевидный отросток; 5) средняя часть грудины.
Правильный ответ:3

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:5

88. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3.

восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:1

89. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии; 2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. Правильный ответ:1

90. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:5

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

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ:1

92. При анафилактическом шоке показано:

1) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;
2) подкожное введение аминазина;
3) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина; 4) интубация трахеи для снятия бронхоспазма; 5) дегидратационная терапия. Правильный ответ:1

93. Для инфекционно-токсического шока характерно: 1. малый частый пульс; 2. снижение диуреза; 3. лихорадка, озноб, понос; 4. бледность и похолодание кожных покровов.

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- 2) если правильны ответы 1 и 3;
- 3) если правильны ответы 2 и 4;
- 4) если правильный ответ 4;
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. Правильный ответ: 5

94. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго: 1) ясное сознание;

- 2) оглушение;
- 3) сопор;
- 4) кома;
- 5) смерть мозга. Правильный ответ: 2

95. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- 1) ясное сознание;
- 2) оглушение;
- 3) сопор;
- 4) кома;
- 5) смерть мозга. Правильный ответ: 3

96. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго: 1) ясное сознание;

- 2) оглушение;
- 3) сопор;
- 4) кома;
- 5) смерть мозга. Правильный ответ: 4

97. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при: 1) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;

- 2) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;
- 3) отравлении фосфорорганическими соединениями;
- 4) декомпенсации миокарда;
- 5) тромбоэмболии легочной артерии. Правильный ответ: 2

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

- 1) 10-20%;
- 2) 20-30%;
- 3) 30-40%;
- 4) 40-50%;
- 5) более 50%. Правильный ответ: 2

99. После первичной остановки сердца сознание исчезает через:

- 1) 10 сек;
- 2) 30 сек;
- 3) 60 сек; 4) 3 мин; 5) 5 мин.

Правильный ответ: 1

100. В кардиологическом отделении БСМП ночью у больного, инвалида II группы, внезапно появилась выраженная одышка, клочущее дыхание, розовые пенистые выделения изо рта. В каком состоянии находится больной? а) остро развившаяся пневмония

- б) легочное кровотечение - туберкулез
 - в) отек легких
 - г) анафилактический шок
 - д) желудочное кровотечение - язва желудка
- Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Врача вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал.

Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. На ЭКГ- подъем сегмента ST в V1-V4

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8°C.

Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные.

Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин.

АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

На ЭКГ- подъем сегмента ST в V1-V4.

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

Эталонные ответы

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, анализ крови на тропонин I, электрокардиография, эхокардиография.
3. инфаркт миокарда, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.
4. Пациент нуждается в срочной госпитализации в кардиологический стационар в ЧКВ центр, транспортировка осуществляется на носилках. Определение показаний к проведению коронарографии, стентирования коронарных артерий. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Неотложная помощь:

Принципы лечения: Строгий постельный режим. Диета ОВД № 10.

Тромболитическая терапия: стрептокиназа, альтеплаза, урокиназа.

Антикоагулянты. Дезагреганты. Статины. В-адреноблокаторы.

Нитраты пролонгированного действия.

После стационарного лечения пациента переводят в санаторий кардиологического профиля для проведения реабилитации, затем он находится на диспансерном наблюдении в поликлинике.

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений. Профилактика: рациональное питание; физическая активность; запрещение курения и злоупотребления алкоголем; психическая саморегуляция; диспансерное наблюдение за пациентами, перенёсшими инфаркт миокарда; лечение атеросклероза, на фоне которого развивается ИБС; рациональное трудоустройство пациентов, запрещение тяжёлого физического труда; решение вопроса об оформлении инвалидности при стойкой утрате трудоспособности; решение вопроса о хирургическом лечении при соответствующих показаниях.

Ситуационная задача №2.

Больная К., 68 лет, обратилась к терапевту с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения 3 функциональный класс, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голених, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболлезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболлезненная.

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 диете, принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталонные ответы

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 3 функциональный класс. Перенесенный инфаркт миокарда. Перенесенный инфаркт миокарда. Хроническая недостаточность кровообращения IIБ стадии, 4 функциональный класс по NYHA.

2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография и УЗИ плевральных полостей.

3. Острая сердечная недостаточность.
4. Пациентке следует провести стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения. ОВД 10. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №3.

Больной Н., 54 лет обратился к терапевту 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 терапевту 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°C. SaO₂ 99%. 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 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 диете, принципах, лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталонные ответы

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 3. Гипертонический криз.

2. Общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объёма исследований и подбора препаратов для базисного лечения. Основной вариант стандартной диеты (ОВД) 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки.

Антагонисты ионов кальция, ингибиторы АПФ или сартаны при непереносимости иАПФ, вадреноблокаторы, диуретики, комбинированные препараты.

Лечебная физкультура. Фитотерапия. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение. Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений.

Ситуационная задача №4.

Мужчина, Н., 56 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения.

Из анамнеза – курит около 38 лет до 15-20 сигарет в день, в течение последних 5 лет отмечает утренний кашель с небольшим выделением мокроты.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет.

ЧДД 26 в минуту. SaO₂ 94%. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области -укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД -115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

При обследовании: В ОАК - эритроциты -4,2x10¹²/л, гемоглобин -124 г/л, Hct-47%, ЦП -0,85, лейкоциты -15,4 тыс. (п/я -4%, с/я -72%), лимфоциты -16%, эозинофилы -1%, базофилы -1%, моноциты -4%), СОЭ -42 мм/ч, СРБ -+++.

В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 5080 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В общем анализе мочи:удельный вес -1017, следы белка, лейкоциты -0-1-2 в поле зрения.

Задания:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2.Составьте и обоснуйте план исследования 3.Назначьте лечение **Эталоны ответов:**

1.Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, течение средней тяжести. Хроническая обструктивная болезнь легких, средне-тяжелое течение, ст. обострения. ДНст.

Диагноз пневмонии средней степени тяжести установлен на основании жалоб на повышение температуры тела до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле; анамнеза болезни: заболел остро три дня назад, после переохлаждения; объективных данных:состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз, число дыхательных движений в покое 26 в минуту: отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиление

голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области -укорочение перкуторного звука, аускультативных данных: справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД -115/75 мм рт. ст. В пользу наличия острого воспаления свидетельствуют также результаты лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков. Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании данных анамнеза –курит в течение 38 лет до 15-20 сигарет в день (длительное курение), в течение последних 5 лет отмечается утренний кашель с небольшим выделением мокроты; объективных данных: над легкими рассеянные сухие жужжащие хрипы. Одышка и периферический цианоз указывают на развитие у больного пожилого возраста с ХОБЛ дыхательной недостаточности.

2. В плане дополнительных исследований необходимо предусмотреть:1) рентгенологическое исследование (рентгенограмма) органов грудной клетки – для выявления (или исключения) инфильтрации легочной ткани нижней доли правого легкого;2) серологическое исследование –для определения возбудителя;3) посев мокроты на микрофлору и чувствительности микрофлоры к антибиотикам (до назначения антибактериальных препаратов);4) ФВД –для оценки бронхиальной проходимости;5) парциальное давление кислорода (О₂)и углекислого газа (СО₂) в капиллярной крови –для выявления степени гипоксии (дыхательной недостаточности).

3.С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии препараты пенициллинового ряда (амоксциллин, амоксиклав) или цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидами(азитромицин) и муколитические средства (амброксол), при необходимости -противовоспалительные средства (вольтарен, парацетамол), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момента нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

Ситуационная задача №5.

Больная В., 43 лет предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья, особенно затруднён выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинённым выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. SaO₂ 94%. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При обследовании: Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

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

Эталоны ответов

1. Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема лёгких.
2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно), спирография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.
3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность.
4. Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

Принципы лечения: Кислородотерапия. Парэнтерально - в/в преднизолон 30-60 мг или дексаметазон 4-8 мг, эуфиллин 2,4% 5-10 мл. Небулайзерная терапия- пульмикорт 1 – 2 мг, беродуал 2-2,5 мл (40-50 капель) ингаляционно небулайзером, повторно, при отсутствии эффекта, через 30 минут в той же дозе. Базисная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды: будесонид, бекламетазон. Антилейкотриеновые препараты (аколат, сингуляр). Теофиллины (эуфиллин, теопек). Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, форадил, серевент. Комбинированные препараты: форадил комби, симбикорт. Дыхательная гимнастика. Массаж.

Ситуационная задача №6.

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 С.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойность мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. ЧДД 22 в минуту. SaO₂ 94%. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких -дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС -88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс -88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД -120/85 мм рт.ст. Со стороны органов пищеварения и мочевого выделения патологии не выявлено.

При обследовании: Общий анализ крови: НВ -155 г/л, эритроциты -4,9х10¹²/л, лейкоциты 9,7х10⁹/л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные -57 %, лимфоциты -36 %, моноциты -2 %. СОЭ -17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост *Streptococcus pneumoniae*, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину. ЭКГ: синусовая тахикардия -105 уд/мин, высокий зубец Р в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов. ОФВ1-53%, ЖЕЛ 64%.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования 3. Назначьте лечение **Эталоны ответов:**

1. ХОБЛ, смешанный тип (эмфизематозный и бронхитический), II ст, обострение ассоциированное инфекцией, среднетяжелое течения. ДН II ст.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет.

При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких -дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС -88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины.

Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ-гипертрофия правых отделов сердца; Спирография-изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ1-53%, ЖЕЛ 64%.

2. Пациенту рекомендовано: эхокардиография (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); Бронхоскопию (для проведения санации бронхов, БАЛ (бронхоальвеолярный лаваж), определения наличия бронхоэктазов). Анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления).

3. Получает следующее лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: беродуал, холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теofilлин, кислород. М-холинолитики -препараты первого ряда, назначаются обязательно при всех степенях тяжести заболевания. Комбинация бронхорасширяющих средств: бета2-агонисты и антихолинергического препарата (короткого или длительного действия), улучшает бронхиальную проходимость в большей степени, чем при монотерапии. Снижен риск побочных эффектов. Препараты теofilлина длительного действия присоединяют при недостаточной эффективности М-холинолитиков и р2-адреноми-метиков, показаны при ночных проявлениях болезни. Глюкокортикоидная терапия применяется при неэффективности максимальных доз бронхорасширяющих средств. Предпочтение отдается ингаляционным глюкокортикоидам. Эти препараты назначают дополнительно к бронхолитической терапии при ОФВ1 <50 % и повторяющихся обострениях. Регулярное

лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ и при высоком содержании эозинофилов в мокроте.

Ситуационная задача №7.

Больная, 32 л., доставлена в приёмное отделение стационара с жалобами на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

Из анамнеза известно, что за несколько дней до поступления, после предшествующих эмоциональных перегрузок, появились боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, изжоги, отрыжка кислым. Язвенный анамнез отрицает. Накануне вечером отмечала усиление болевого синдрома в эпигастрии. В день поступления боли прекратились, появился дегтеобразный стул, общая слабость.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Нормостенического телосложения. ИМТ-23кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС –98 уд в 1 мин., АД -100/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При обследовании: В ОАК - гемоглобин -101г\л, эритроциты –3,0х10⁹/л, гематокрит -30 %; сывороточное железо –14 мкмоль/л.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте. **Эталоны ответов:**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. Учитывая отсутствие язвенного анамнеза и предшествующие эмоциональные нагрузки, можно думать о стрессовой язве. Постгеморагическая анемия легкой степени.

Диагноз - Язвенная болезнь 12-перстной кишки (более вероятно, симптоматическая стрессовая), осложненная кровотечением, установлен на основании жалоб больного на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, также учитывая данные анамнеза (появление «голодных» болей в эпигастрии, изжоги, отрыжки кислым после предшествующих эмоциональных перегрузок, отсутствие язвенного анамнеза), можно думать о стрессовой язве. На язвенный характер кровотечения указывает также симптом Бергмана -усиление болей перед кровотечением и их исчезновение после него. Диагноз постгеморагическая анемия легкой степени, установлен на основании объективных данных: кожные покровы бледные, влажные, ЧСС – 98 уд в 1 мин., АД -100/60 мм рт.ст. и лабораторных данных: в общем анализе крови гемоглобин -101 г/л, эритроциты –3,0х10⁹/л, гематокрит 30%; сывороточное железо –14 мкмоль/л. Согласно классификации ВОЗ, гемоглобин -101 г/л, соответствует легкой степени анемии. 2. Для уточнения диагноза и оценки характера кровотечения показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия с последующим гистологическим исследованием на наличие *Helicobacter pylori*. Анализ кала на наличие крови (реакция Грегерсена).

3. Окончательная лечебная тактика будет уточнена после выполнения эзофагогастродуоденоскопии, однако, учитывая стабильность ЧСС и АД, лабораторные данные, можно думать о легкой степени кровопотери. В данной ситуации показана консервативная гемостатическая и противоязвенная терапия, с возможной эндоскопической остановкой кровотечения

Ситуационная задача №8.

Мужчина, 57 лет, обратился к терапевту с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался.

Семейный анамнез: отец умер в 50 лет от цирроза печени.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. ИМТ –25 кг/м². Окружность живота – 90 см. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На крыльях носа, на щеках, на подбородке выраженная подкожная капиллярная сеть. На коже груди, спины единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС –90 уд./мин., АД –120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации безболезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная при пальпации. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании: В ОАК - гемоглобин -138 г/л, эритроциты -4,5*10¹²/л, лейкоциты – 5,8*10⁹/л, тромбоциты –126*10⁹/л, СОЭ –15мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АСТ –86 Ед/л, АЛТ –58 Ед/л, ГГТ –92 Ед/л, ЩФ – 920 Ед/л, общий холестерин –6,9 ммоль/л, общий билирубин –45 мкмоль/л, прямой билирубин-33 мкмоль/л, альбумин –3,5 г/дл, ПТИ –70%.

Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Задания:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования 3. Назначьте лечение **Эталоны ответов:**

1.Цирроз печени алкогольной этиологии, активная фаза, степень тяжести по Чайлд-Пью класс В с умеренно выраженными холестатическим, цитолитическим и коагулопатическим синдромами. Портальная гипертензия, асцит, спленомегалия с гиперспленизмом (тромбоцитопения). Диагноз цирроза печени (ЦП) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает употребление алкоголя); данных объективного осмотра: желтушность склер, внепеченочные проявления поражения печени (сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена, капиллярная сеть на крыльях носа, щеках, подбородке); лабораторных данных: при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, ГГТ, холестерина), коагулопатического (снижение ПТИ) синдромов, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени). Данные сонографии (расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости) свидетельствуют о наличии портальной гипертензии.

Степень тяжести цирроза печени установлена на основании лабораторных изменений: незначительный асцит –2 балла, общий билирубин –45 мкмоль/л –2 балла, отсутствие энцефалопатии –1 балл, гипоальбуминемия –3,5 г/дл –1 балл, ПТИ –70% -1 балл, что в сумме составляет 7 баллов и соответствует классу В.

2.Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для уточнения состояния вен пищевода (варикозное расширение как признак портальной гипертензии), оценки слизистой верхних отделов ЖКТ (при злоупотреблении алкоголем часто имеются гастриты, ГЭРБ); гистологическое исследование ткани печени для обнаружения патологоанатомического признака алкогольного цирроза –гиалиновые тельца Мэлори либо фиброэластометрия для определения степени фиброза печени, определение углеводдефицитного трансферрина (карбогидрат-дефицитного трансферрина) в сыворотке крови для подтверждения хронической интоксикации алкоголем.

3.Отказ от алкоголя.

Лекарственная терапия асцита, с учетом его начальных проявлений, должна начинаться с минимальных доз диуретиков –верошпирон 25-50 мг/сут под контролем диуреза или массы тела, при необходимости следует добавлять петлевые диуретики –фуросемид 40 мг/сут. В связи с имеющимися признаками холестаза целесообразно назначение

урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10-15 мг/кг/сут. Учитывая алкогольный генез цирроза печени рекомендованы эссенциальные фосфолипиды или препараты адеметионина – эссенциале 5,0 в/в в течение 10 дней, а затем по 2 кап 3 раза в день в течение 3 месяцев или гептрал 400 мг 2 раза в сутки в течение 2 месяцев. Для лечения портальной гипертензии необходимо назначение бетаадреноблокаторов –препаратов, снижающих силу и частоту сердечных сокращений, за счет чего уменьшается приток крови к печени –обзидан 20-40 мг/сут.

Ситуационная задача №9.

В терапевтическое отделение поступил больной К., 23 года, с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза: считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу, лоперамид -без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем был направлен в стационар.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, температура тела -37,8 °С. Кожа бледная, сухая, периферические л/у не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания -17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС -105 в минуту, ритм правильный. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. На голених и бедрах болезненные плотные ярко-красные отечные узлы, движения конечностей ограничены изза болезненности. Периферических отеков нет.

При обследовании: общий анализ крови: Нв -93 г/л,эритроциты -4,2х10¹²/л, лейкоциты 8,8х10⁹/л, палочкоядерные -8 %, сегментоядерные -68 %, эозинофилы -2 %, лимфоциты -20 %, моноциты -2 %, СОЭ -30 мм/ч, анизоцитоз.

Биохимический анализ крови:общий белок -52 г/л, холестерин -4,5 ммоль/л, билирубин -18,2 ммоль/л, калий -3,50 мэкв/л, натрий -135 мэкв/л.

УЗИ органов брюшной полости:без патологических изменений.

Колоноскопия: слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость.

Задания:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте. **Эталоны ответов:**

1.Неспецифический язвенный колит, тяжелое течение, высокой степени активности с преимущественным поражением поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки, с выраженными системными проявлениями (артрит, кератоконъюнктивит, узловая эритема). Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

Диагноз установлен на основании жалоб больного на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С. Колоноскопии:слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость. Активность процесса установлена на основании

жалоб, анамнеза, клинических данных частоты стула (до 10-12 раз в сутки), симптомов интоксикации, в сочетании с результатами эндоскопического исследования, изменениями общего и биохимического исследований, наличия осложнений (артрита коленного и голеностопного суставов, узловой эритемы, кератоконъюнктивита, ЖДА). Вопрос 2. Пациенту рекомендовано: проведение биохимического анализа крови на определение сывороточного железа, ферритина и железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) для оценки генеза анемии; колоноскопии с биопсией с целью дифференциации с болезнью Крона.

3. При тяжелом течении НЯК назначаются глюкокортикоиды, в течение 5-7 дней внутривенно преднизолон 120 мг/сут или гидрокортизон 400 мг/сут, затем дается преднизолон внутрь из расчета 1,0-1,5 мг/кг веса больного. Применение пероральных аminosалицилатов одновременно со стероидами при тяжелом язвенном колите не рекомендуется по следующим причинам: 1) они слабее глюкокортикоидов по противовоспалительному эффекту; 2) аminosалицилаты снижают ответ на стероиды. Частота ремиссии приближается к 80%. Также рекомендуется провести коррекцию белковых расстройств (общий белок 52 г/л) с помощью 20 % альбумина в\в капельно, водно-электролитных нарушений, заместительную терапию препаратами железа, антибактериальную терапию метронидазолом, цефалоспоридами или ципрофлоксацином. С целью профилактики остеопороза - препараты кальция и витамина D. При резистентности к гормональной терапии рекомендовать имуннодепрессанты, циклоспорин 2-4 мг/кг на протяжении 7-10 дней, с последующим снижением дозы до 4-8 мг/сут. Если внутривенная терапия не приносит результатов или состояние больного ухудшается, необходимо проведение хирургического вмешательства.

Ситуационная задача №10.

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, реабилитации, 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. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №11.

Больной В. 26 лет обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек.
3. Острая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек с4-5.
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №12.

Врач вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,4°C. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечнососудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Задания

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

Эталоны ответов

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.
3. Гидронефроз, пиелонефрит, хроническая болезнь почек.
4. Пациент нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургический стационар. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №13.

К терапевту обратился больной С., 46 лет, с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного удален желудок по поводу новообразования.

Объективно: температура: 36,6°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно-малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке,

пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания

Эталоны ответов

1. В12 - дефицитная анемия. Состояние после гастрэктомии по поводу новообразования.
2. Общий анализ крови: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, увеличение цветового показателя, тельца Жолли и кольца Кебота, увеличение СОЭ, Исследование крови на витамин В12, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография органов грудной клетки.
3. Анемическая кома
4. Пациент нуждается в стационарном лечении. Диета с достаточным содержанием белков, витаминов. Витамин В12 в/м. Программа реабилитации. Прогноз для жизни благоприятный при проведении профилактических мероприятий. Профилактика - первичная: своевременное выявление и лечение заболеваний, способных вызвать В12-дефицитную анемию; рациональное питание; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с В12-дефицитной анемией; профилактическое применение витамина В12 больным этим заболеванием.

Ситуационная задача №14.

Больная С. 25 лет жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40 градусов, носовое кровотечение. Заболела неделю назад. Объективно: температура 39,5°С. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Изо рта - гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Имеется гнойное наложение. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Острый лейкоз.
2. Общий анализ крови: анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, наличие в периферической крови бластных клеток, отсутствие переходных форм, «лейкемический провал», пункция костного мозга.
3. Пневмония, сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияние в мозг.
4. Пациентка нуждается в обязательной госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №15.

Больной В. 16 лет поступает в стационар с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение «синяков» даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расспросе выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба.

Объективно: температура 36,8°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах - темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Гемофилия.

2. Общий анализ крови: анемия, коагулограмма: удлинение времени свертывания крови, дефицит факторов свертывания.
3. Гемартрозы, ведущие к инвалидности, развитие анемии
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №16.

Пациентка К., 32 года, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, припухание пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3-го пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде.

Указанные симптомы появились около четырёх недель назад. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объёме всех пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3-го пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся посинением в тепле. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. ЧСС - 76 в, минуту. АД - 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.

Эталоны ответов

1.Ревматоидный артрит: полиартрит. Синдром Рейно. Основным в данной ситуации является суставной синдром.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: общеклинические анализы, биохимический анализ крови, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, рентгенография кистей.

3. Рекомендовано стационарное лечение. Учитывая умеренную активность процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг в неделю в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы (трентал) курсовым приёмом, курсы гипербарической оксигенации. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №17.

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 39°C, 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов:

1. Острая ревматическая лихорадка, 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. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №18.

Пациентка С., 22 года, обратилась к терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте. Указанные симптомы возникли около недели назад после отдыха в выходные дни на берегу озера, где пациентка загорала.

При осмотре на коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Температура тела 37,3°C. При пальпации левой кисти определяются уплотненные болезненные сухожилия сгибателей пальцев, попытка согнуть кисть в кулак вызывает боль. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД - 17 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.

Эталоны ответов

1. Системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в виде «бабочки» и зоне «декольте»), серозных оболочек (плеврит), суставов (артралгии).
2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: общеклинические анализы, биохимический анализ крови, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, волчаночный антикоагулянт, рентгенография органов грудной клетки.
3. Рекомендовано стационарное лечение с применением ГКС, при необходимости – цитостатиков. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №19.

Женщина 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Болеет в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4°С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отёчное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отёчные, при надавливании ямок не остаётся. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Язык отёчный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов 1. Гипотиреоз.

2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения: Режим полупостельный. Диета с повышенным содержанием белков и витаминов, ограничение углеводов и жиров.

Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

Прогноз при своевременном лечении благоприятный. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Профилактика: рациональное питание; закаливание; предупреждение переохлаждений; своевременное лечение воспалительных заболеваний.

Ситуационная задача №20.

Терапевт вызван в палату к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом и находящемуся на стационарном лечении в терапевтическом отделении. Со слов соседей по палате несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт. ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталоны ответов

1. Гипогликемическая кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;

придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, асфиксии и аспирации масс;

произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи, предотвращения асфиксии;

ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл) для повышения уровня сахара в крови. Если сознание не восстановилось - 2мл 10% раствора глюкагона в/м, если последний не эффективен - 1мл 0,1% раствора адреналина или 75-125 мг гидрокортизона в/м;

ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга;

установить причину гипогликемии, устранить ее и обучить пациента самоконтролю, скорректировать лечение.

Ситуационная задача №21.

Больная К. 44 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,2°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 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, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Диффузный токсический зоб.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.
3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Программа реабилитации. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №22.

Больной В., 58 лет, католик, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л — преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения, отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца — по срединноключичной линии. АД — 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях — частый, аритмичный, частота — 100 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС — 122 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

ЭКГ: ритм неправильный, R-R нерегулярный, комплексы QRS узкие, зубцы Р отсутствуют, волны f, **Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику причин возникновения пароксизма.
4. Определить тактику лечения. **Эталон ответа:**

1. Предварительный диагноз — ИБС: Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков. N I.

2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Фибрилляции предсердий как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача — снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1 группы (новокаинамид, кордарон, хинидин, ритмилен); электростимуляция. В противорецидивной терапии: кордарон, β -блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

Ситуационная задача №23.

Больной М., 45 лет, среди полного здоровья, почувствовал во время завязывания шнурков на ботинках, острейшую боль за грудиной, холодный липкий пот, удушье, кашель, чувство страха смерти. В анамнезе – варикозная болезнь. Объективно: состояние тяжелое, резко повышенного питания (масса тела – 120 кг, индекс Кетле – 34 кг/м^2) ортопноэ, набухание шейных вен. Кожные покровы чистые, холодные, влажные, синюшно-багровые. В легких дыхание ослаблено, в нижних отделах множество влажных хрипов. ЧД-30 в минуту. Тоны сердца значительно приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс соответствует ЧСС – 130 в минуту, ритм галопа. АД – 75/40 мм рт.ст. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Печень не выступает из под края реберной дуги. На голени множество варикозных узлов. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС – 130 в минуту, глубокий зубец S в I, глубокий зубец Q III в отведении. **Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Что можно увидеть на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки?
4. Назначьте антикоагулянтную терапию. **Эталон ответа:**

1. Тромбэмболия легочной артерии.
2. ОИМ, расслаивающаяся аневризма аорты, спонтанный пневмоторакс.
3. Клиновидную тень инфаркта легкого, усиление легочного рисунка.
4. Тромболитики (стрептокиназа 1500000 МЕ в/венно капельно в течение 20-30 мин., 100 мг тканевого активатора плазминогена в/венно капельно в изотоническом растворе натрия хлорида., урокиназа – 3000000МЕ в течение 15-30 мин., а затем внутривенно капельно по 250000МЕ в течение 12 часов.) Прямые антикоагулянты: гепарин (если не вводили стрептокиназу) – 10000 ЕД в/в струйно, затем по 1000 ЕД/час в/в капельно до увеличения исходного АЧТВ в 2 раза, затем подкожно 2,5тыс.-5 тыс. ЕД 6 раз в день под контролем АЧТВ и ПТИ. Гепариновая профилактика – 2,5 тыс. ед п/кожно 4 раза в сутки или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин –3000-6000 международных анти-Ха ед. 1 раз в сутки), аспирин 0,25 г внутрь.

Ситуационная задача №24.

Больной О., 63 лет, доставлен в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Жалобы на сильное удушье, одышку, слабость, невозможность находиться в горизонтальном положении, сердцебиения и чувство сдавления в грудной клетке. Почувствовал себя плохо в день, предшествующий госпитализации. Появилось удушье, которое нарастало. Ночью сидел в кресле и почти не спал. Около 1 года назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре в реанимационном отделении: состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз лица. На лице капли пота. Дистанционно слышно шумное клокочущее дыхание и сухие хрипы. При кашле выделяется белая пенистая мокрота. При аускультации легких выслушивается множество средне- и крупнопузырчатых влажных хрипов во всех отделах легких, вплоть до верхних. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; цветовой показатель 0,9; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; СОЭ 17 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,0 ммоль/л; креатинин 105 мкмоль/л; АСТ 25 ед/л; АЛТ 65 ед/л; КФК общ. 855 ед/л; КФК МБ 154 ед/л; тропонин I 27,5 нг/мл; калий 4,9 ммоль/л; натрий 148 ммоль/л; хлориды 101 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,0 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, вольтаж снижен, элевация ST V1-6. В сравнении с предшествующей ЭКГ явная отриц. динамика.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. **Эталон ответов:**

1. ИБС. Повторный инфаркт миокарда. ОЛЖН. Альвеолярный отек легких. Н
ПА.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- Контроль АД, ЧДД, ЧСС, пульсоксиметрия, оксигенотерапия с пеногасителем.

- Усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу); ☐ Обеспечение венозного доступа, проведение инфузионной терапии:

- ☒ Изокет 10 мг в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно.

- ☒ Фуросемид 40-60 мг в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно.

- ☒ морфин 10 мг дробно в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно; ☐ беталок 5 мг в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в струйно; ☐ ввести 4000 ЕД гепарина в/в струйно, аспирин до 375 мг внутрь, плавикс 300 мг.

- ☐ госпитализировать пациента в ОИТ ЛПУ. **Ситуационная задача №25.**

Бригадой СМП больной 42 лет, божж, доставлен в стационар с жалобами на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин. На ЭКГ-сегмент ST выше изолинии, высокий зубец T, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования в приёмном покое кардиологического стационара больной потерял сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Эталоны ответов

1. Внезапная сердечная (коронарная) смерть. Инфаркт миокарда.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; восстановить проходимость дыхательных путей, т.к. у пострадавшего язык западает назад, перекрывая дыхательные пути; приступить к закрытому массажу сердца и ИВЛ в виду остановки сердца и дыхания; осуществлять контроль за ЭКГ, PS, АД; прекратить реанимацию через 30 мин, если она не эффективна, и констатировать смерть.

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА, ДОКЛАДА

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Активная работа на занятии, ответ полный, логически последовательный, соблюдается культура речи, речь грамотная, отсутствуют слова-«паразиты», студент без запинки отвечает на возможные дополнительные вопросы по теме.	отлично
2.	Выставляется при наличии одной-двух неточностей в ответе и недостаточной активности на занятии. Речь в целом грамотная; допускается некоторая непоследовательность в ответе, но лишь незначительная	хорошо
3.	Выставляется в случаях, когда: активность на уроке минимальная, речь выступающего сбивчивая, студент путает понятия, не может ответить на дополнительные вопросы по теме, в ответе отсутствуют логические и причинно следственные связи, а также имеется несколько грубых фактических или иных ошибок	удовлетворительно
4.	Выставляется в случаях, когда студент отказывается отвечать или отвечает не на заданный вопрос.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Исключительные знания, абсолютное понимание сути вопросов, безукоризненное знание основных понятий и положений, логически и лексически грамотно изложенные, содержательные, аргументированные и исчерпывающие ответы	отлично
2.	Глубокие знания материала, отличное понимание сути вопросов, твердое знание основных понятий и положений по вопросам, структурированные, последовательные, полные, правильные ответы	хорошо
3.	Твердые, но недостаточно полные знания, по сути верное понимание вопросов, в целом правильные ответы на вопросы, наличие неточностей, небрежное оформление	удовлетворительно
4.	Непонимание сути, большое количество грубых ошибок, отсутствие логики изложения материала	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Оформление слайдов	Параметры
Оформление презентации	Соблюдать единого стиля оформления. Фон должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать более трех цветов Фон и текст должны быть оформлены контрастными цветами При оформлении слайда использовать возможности анимации Анимационные эффекты не должны отвлекать внимание от содержания слайдов Для заголовка – не менее 24 Для информации не менее – 18

	Лучше использовать один тип шрифта Важную информацию лучше выделять жирным шрифтом, курсивом. Подчеркиванием На слайде не должно быть много текста, оформленного прописными буквами На слайде не должно быть много выделенного текста (заголовки, важная информация)
Содержание презентации	Слайд должен содержать минимум информации Информация должна быть изложена профессиональным языком Содержание текста должно точно отражать этапы выполненной работы Текст должен быть расположен на слайде так, чтобы его удобно было читать В содержании текста должны быть ответы на проблемные вопросы Текст должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать большого количества информации Лучше ключевые пункты располагать по одному на слайде
Структура презентации	Предпочтительно горизонтальное расположение информации Наиболее важная информация должна располагаться в центре Надпись должна располагаться под картинкой Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: - с таблицами - с текстом - с диаграммами

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка отлично. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается удовлетворительно. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается хорошо.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними	«отлично» / зачтено

	навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	
2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	«хорошо» / зачтено
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	«удовлетворительно» / зачтено
4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	«неудовлетворительно»/не зачтено

КРИТЕРИИ И ШКАЛА УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Шкала оценивания	Уровень освоенности компетенции	Результаты освоенности компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.

удовлетворительно	нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

Критерии оценки решения ситуационной задачи

5 «отлично»	–комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
4 «хорошо»	–комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
3 «удовлетворительно»	–затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

Критерии оценки при решении задач по оказанию неотложной помощи

5 «отлично»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа;
-------------	---

4 «хорошо»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов;
3 «удовлетворительно»	–правильная оценка характера патологии; неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднения в аргументации;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично»	–рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;
4 «хорошо»	–рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями сан-эпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;
3 «удовлетворительно»	–рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;
2 «неудовлетворительно»	–затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.