

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 16.03.2023 16:49:06
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО
И.Н.Шипиморов

«29» августа 2022 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам

Наименование дисциплины: **Терапия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.49 Терапия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-терапевт**

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 годов поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2022

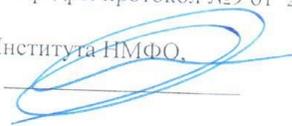
Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Елена Валерьевна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия.

Актуализация ФОС **обсуждена** на заседании кафедры протокол №9 от 29 июня 2022 года

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор


/С.В. Недогода/

Рецензент:

заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н, профессор _____ /М.Е. Стаценко/

Актуализация ФОС **согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от 29 августа 2022 года

Председатель УМК


/О.В. Магницкая/

Начальник управления учебно-методического, правового сопровождения и производственной практики


/О.Ю.Афанасьева/

Актуализация ФОС **утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №1 от 29 августа 2022 года

Секретарь Ученого совета


/Е.С.Александрина/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье – это ... а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,
--	--

охраны и восстановления здоровья населения;
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:
а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:
а) заболеваемость по данным обращаемости;
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:
а) 50–55 %;
б) 20–25 %;
в) 15–20 %;
г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:
а) исторический;
б) статистический;
в) экспериментальный;
г) экономический;
д) социологический;
е) все вышеперечисленные

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;
б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;
в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:
а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...
а) государственное социальное страхование;
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
в) менеджмент здравоохранения;
г) экономика здравоохранения

	<p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...</p> <p>а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;</p> <p>б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;</p> <p>в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...</p> <p>а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;</p> <p>б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;</p> <p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;</p> <p>б) до 15 дней;</p> <p>в) до 4 месяцев;</p> <p>г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;</p> <p>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</p> <p>в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;</p> <p>б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;</p> <p>в) степень достижения запланированного результата;</p> <p>г) совокупность вышеуказанных характеристик</p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;</p> <p>б) ведомственный контроль;</p> <p>г) внутренний контроль;</p> <p>д) все вышеперечисленное верно</p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;</p> <p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Задача № 1. Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3. При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4. Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5. По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	
-61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	61 – 75
- 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4)	91 – 100
-91-100	
Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия			+		

	У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II			+	+	

среднего, высшего образования, ДПО	<p>Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - П</p> <p>Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П</p>			+	+	
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III</p> <p>Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III</p> <p>Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III</p>			+	+	+
Первый уровень (ОПК-9)-I готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Владеть: санологическим мышлением</p> <p>Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения</p> <p>Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+		
Второй уровень (ОПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+	

Третий уровень (ОПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать ...)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников

- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4)	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень	
-пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям Хорошо (4)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные</p>	D	80-76		4 (4-)

и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	Е	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	Е	70-66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Фх	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	Ф	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.

13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.

14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.

15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария

4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения

- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный

- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная

5) альтернативная

Дополните высказывание

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка

- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская

- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный

- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ
ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС
ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ
РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ,
ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |
| | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
| | Д. дидактические |
| | Е. владение техникой речи |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|--|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5. концептуальный | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции |

передачи ЗУН

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

1. присущие многим сферам
человеческой деятельности

А. информационная

Б. конструктивная

В. организаторская

2. специфические
педагогические

Г. коммуникативная

Д. гностическая

Е. воспитательно-развивающая

Ж. ориентационная

З. мобилизационная

И. исследовательская

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания

- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки

- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ОПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ОПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
5	Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ОПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ОПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ОПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ОПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ОПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ОПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ОПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ОПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ОПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ОПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ОПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9

23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ОПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
- а. функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
- а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. хирургическое отделение;**
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;
 - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. бригады экстренного реагирования.
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;
 - г. бригады экстренного реагирования.**
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;**
 - в. бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
 - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. областная клиническая больница

8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
 - б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
 - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
 - б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
 - в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- а. двухэтапная система ЛЭО;**
 - б. трехэтапная система ЛЭО;
 - в. четырехэтапная система ЛЭО;
 - г. одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:
- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
 - б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
 - в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
 - г. все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
 - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**
 - в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
 - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.
13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
 - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
 - в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
 - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.
14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:
- а. повреждение легких;
 - б. пневмоторакс;
 - в. гемоторакс;
 - г. повреждение сердца.**
15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавшим направляют:
- а. в операционную;
 - б. в перевязочную в первую очередь;**

- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **ингибируют ложные эстеразы (сывотки крови, эритроцитов, печени);**
 - в. активируют ложные эстеразы (сывотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сывотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. **иммунодепрессивное;**
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
 - в. активируют ложные эстеразы (сывотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сывотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. иммуностимулирующее;
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
 - б. ингаляционно;
 - в. через желудочно-кишечный тракт;
 - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
 - б. метацин;
 - в. унитиол;
 - г. **дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
1. легкой степени поражения;
 2. **средней тяжести;**
 3. тяжелой;
 4. крайне-тяжелой.
31. К корпускулярным относятся излучения:
- а. рентгеновское, гамма-излучение;
 - б. **бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**

в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

в. 100 рад;

г. 50 рад.

34. К плотнoионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

г. > 10 кэВ/мкм.

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

а. системная регенерация костного мозга;

б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;

в. ранний некробиоз кроветворных клеток;

г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. **10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. **свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. **гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на

расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы. **КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я **ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 – 90% Хорошо (4)	76– 90
-91-100 Отлично (5)	91 – 100

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
- четырем критериям Хорошо (4)	12. Знание алгоритма решения
- пяти критериям Отлично (5)	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- Болезнь Вакеза-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- Эритроцитоз
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется

- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**

- Селезенка увеличена

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- Гемоглобинопатия M
- Гемоглобинопатия C
- Дефицит цитохром альфа-редуктазы
- Воздействие нитратов или нитритов
- Воздействие анилиновых красителей
- Воздействие сульфаниламидов

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- Желудок
- Пищевод
- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- Проксимальный отдел тонкой кишки

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия

- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- Гипохромной
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- Анизоцитоз
- Мегалоцитоз
- Пойкилоцитоз
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**

- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия

- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- **Верного нет**

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- **Po₂ снижено**
- **Po₂ повышено**
- **Po₂ в норме**
- **SO₂ увеличено**
- **SO₂ снижено**
- **SO₂ в норме**
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- **Содержание гемоглобина снижено**
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- **Повышение цветового показателя**
- **Микроцитоз**
- **Макроцитоз**
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- **Содержание железа в сыворотке крови не изменено**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение выделения железа с мочой**
- **Увеличение выделения железа с мочой**
- **Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**

- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- **Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах**

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач
Задача №1
«Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

- 1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
- 2. Патогенез данного заболевания.*
- 3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
- 4. Виды тромбоцитопатий.*
- 5. Принципы лечения тромбоцитопатий.*

Задача №2
«Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч). Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. *О каком заболевании у данного больного можно думать?*
2. *Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?*
3. *Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.*
4. *Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.*
5. *Принципы терапии.*

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечают проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 × 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 ⁻ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоехогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени —

лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока.
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.

18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной

воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости.

Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга.

Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38^oC. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнояная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 ^oC. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезов коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз

клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинко-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.

21. Положения о клинко-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
--	--

<p>Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
<p>Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
<p>Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
<p>- четырем критериям Хорошо (4)</p>	4. Соблюдение требований к оформлению
<p>- пяти критериям Отлично (5)</p>	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов. 19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики. 20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС.

- Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.
21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.
 22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.
 23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.
 24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
 25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
 26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
 27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
 28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
 29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
 30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
 31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
 32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
 33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
 34. Последствия нерационального применения АМП
 35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
 36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
 37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
 38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
 39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
 40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
 41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
 42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
 43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
 44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
 45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
 46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза,

	<p>приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на
---	--

	<p>фармакологический ответ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры. 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры. 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры. 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры. 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция. 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры. 27. Укажите факторы риска развития НЛР. 28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР. 29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности. 31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.

32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.
33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.
34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.
35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.
36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.
37. Бета-лактамы. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β -лактамаз, показания к применению.
39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.

	<p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</p> <p>В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>Д) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</p> <p>С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</p> <p>В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с</p>
--	---

целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.

4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
А) Метод затраты-эффективность.
В) Метод затраты-прибыль.
С) Метод затраты-полезность.
D) Метод затраты-выгода
5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
D) Не требует изучения генотипа больного.
6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
А) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.
В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.
С) Хромосомные aberrации.
D) Хромосомные транслокации.
7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
А) CYP2D6.
В) CYP3A4
С) CYP2C9
D) CYP2C19
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
А) Иммуноферментного анализа.
В) Иммунофлюоресцентного анализа.
С) ПЦР.
D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
А) Высокая
В) Нормальная
С) Низкая
10. Биодоступность ЛС это:
А) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
В) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.
С) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток

из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- D) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-P при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- C) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**

	<p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А; В типа В; С) типа С; D) типа D; E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст; B) тяжелое состояние больного; C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств; D) генетическая предрасположенность; E) все вышеперечисленное</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А; B) типа В; C) типа С; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом; B) фармаконадзором; C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб;</p>

d) индометацин;

31. При проведении пульс-терапии более предпочтителен:

- A) преднизолон
- B) метилпреднизолон**
- C) дексаметазон
- D) гидрокортизон

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:

- A) аспирин;**
- B) нимесулид;
- C) целекоксиб;
- D) лорноксикам;

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липооксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
- B) В-лимфоциты
- C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
- D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных

глюкокортикостероидов:

A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером

B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером

C) однократно утром

D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

A) Преднизолон.

B) Метилпреднизолон.

C) Дексаметазон.

D) Гидрокортизон.

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.

B) Истончение кожи, образование стрий.

C) Остеопороз, асептические некрозы костей.

D) Учащение и утяжеление инфекций.

E) Артериальная гипотензия.

F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)

B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)

C) Характеристики пациента

D) Все вышеуказанное

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

A) 24 часа

B) 3 дня

C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

A) **5-10% случаев**

B) 20-30% случаев

C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

A) обладают иммуностимулирующим действием

B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях

C) способствуют развитию резистентности бактерий

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефалерзон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

- В) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- А) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- А) IIa, Xa.**
- В) IIa, IXa.
- С) Xa, IXa.
- Д) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- А) Свежезамороженная плазма.
- В) Викасол.
- С) Протамина сульфат.**
- Д) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- А) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- В) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- С) Время свёртывания крови.
- Д) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- А) Растворяют фибриновый тромб.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- А) ванкомицин**
- В) пиперациллин
- С) кларитромицин
- Д) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α/γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавунат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический

- В) анксиолитический**
- С) вегетотропный
- Д) противосудорожный
- Е) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость | А. верно 1, 2, 3 |
| 2. сердцебиение | В. верно 1, 4, 5 |
| 3. сухость во рту | С. верно 3, 4, 5 |
| 4. нарушение аккомодации | Д. верно 1, 2, 5 |
| 5. задержка мочеиспускания | Е. верно 2, 3, 4 |

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- А) аминофиллин
- Д) верапамил
- С) омепразол
- Д) диазепам**
- Е) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- А) местное**
- В) общее (наркоз)
- С) комбинированное
- Д) нейрелептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- А) вагосимпатическая блокада
- В) спинальная анестезия
- С) стволовая анестезия
- Д) внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- А) обратимое торможение нервной ЦНС**
- В) необратимое торможение ЦНС
- С) блокада основного нервного ствола
- Д) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- А) обморок
- В) контрактура нижней челюсти**
- С) анафилактический шок
- Д) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- А) контрактура
- В) коллапс**
- С) некроз
- Д) гематома

	<p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) обморок B) гематома C) контрактура D) кровотечение E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона B) внутримышечно 1 мл норадреналин C) внутримышечно метамезон D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- четырем критериям Хорошо (4)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Болезни сердечно-сосудистой системы	<p>1.Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии.</p> <p>2.Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС.Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.</p> <p>3.Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.</p> <p>4.ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС.</p> <p>5.Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, 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.</p> <p>6.Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.</p> <p>7.Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.</p> <p>8.Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация степеней тяжести ХСН (NYHA). Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.</p> <p>9.Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации.</p> <p>10.Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям ВНОК. Критерии</p>
--	---

	<p>стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.</p> <p>11.Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.</p> <p>12. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ.</p> <p>13.Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.</p> <p>14.Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>15.Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>16.Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.</p> <p>17. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.</p> <p>18. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардальной полости: показания, техника, осложнения.</p> <p>20.Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>21.. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>22. Лечение фибрилляции предсердий: кардиоверсия (фармакологическая, электрическая), поддержание синусового ритма (общие принципы, выбор антиаритмических препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов), нефармакологические методы лечения, контроль частоты желудочковых сокращений и обоснование выбора препаратов, профилактика тромбоэмболических осложнений.</p> <p>23.Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, НЦД).</p> <p>24.Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных нарушений ритма.</p> <p>25. Дифференциальная диагностика кардиомегалий (пороки сердца, миокардиты, ИБС, кардиомиопатии).</p> <p>26. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Ревматические болезни</p>	<p>27.Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>28.Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, ВСД.</p> <p>29.Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</p> <p>30. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</p> <p>31. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.</p> <p>32..Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>33..Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.</p> <p>34.Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. 35. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</p> <p>36. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины</p> <p>37. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.</p> <p>38..Псориатический артрит. Особенности клинической картины.</p>

	<p>Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.</p> <p>39. 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. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</p> <p>40. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>39. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>40. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>41. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. 42. Показания для назначения иммунодепрессантов.</p> <p>43. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.3 Болезни органов дыхания</p>	<p>44. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Европейского общества пульмонологов. Критерии диагноза пневмонии.</p> <p>45. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.</p> <p>46. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.</p> <p>47. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика.</p> <p>48. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.</p> <p>49. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия¹</p> <p>50. Острый бронхит. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</p> <p>51. Хронический бронхит (обструктивный и необструктивный). Этиология, патогенез. Классификация, критерии диагностики, необходимый минимум диагностических обследований. Лечение хронического бронхита. Критерии эффективного контроля заболевания. Диспансеризация больных. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности.</p> <p>52. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Патогенетические основы терапии.</p> <p>53. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.</p> <p>54. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.</p> <p>55. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания. 56. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.</p> <p>57. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. 58. Показания для назначения ингаляционных и системных</p>

¹ Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, № от 2020 г

	<p>глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>59. Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Клиника, диагностика. Неотложная терапия астматического статуса.</p> <p>60. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>61. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>62. Вакцинопрофилактики новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.²</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.4 Болезни органов пищеварения</p>	<p>62. Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно трудовой экспертизы.</p> <p>63. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>64. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>65. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение геликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Принципы диспансеризации. Врачебно – трудовая экспертиза.</p> <p>66. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.</p> <p>67. Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Хронический колит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от локализации процесса. Лечение.</p> <p>68. Дисбактериоз кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>69. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.</p> <p>70. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.</p> <p>71. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины.</p> <p>72. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>73. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Морфологические критерии активности. Клиника, варианты течения, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>74. Цирроз печени: лечение, профилактика и лечение осложнений. Показания к госпитализации больных циррозом печени. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>75. ЖКБ: современное представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>76. Хронический холецистит: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>77. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, патоморфология. Клиника. Хронический панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p>

² Протокол изменений и дополнений к рабочей программе дисциплины Б1.Б6 «Терапия» по специальности 31.08.49 «Терапия» на 2021-2022 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, № от 2021 г.

<p align="center">Б 1.Б.6.5 Болезни почек</p>	<p>78.Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений.</p> <p>79.Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>80.Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых. Лечение.</p> <p>81.Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>82.Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.6 Болезни органов кровотока</p>	<p>83.Железodefицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>84.В₁₂ – фолиеводефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>85.Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.</p> <p>86.Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>87.Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>88.Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз. Терапия в свете доказательной медицины.</p> <p>89.Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.</p> <p>90.Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>91.Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>92.Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>93.Переменяющаяся порфирия. Клиника и диагностика. Принципы лечения.</p> <p>94.Кожные геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>95.Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>96.Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз.</p> <p>97.Принципы терапии острых лейкозов.</p> <p>98.Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>99.Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.</p> <p>100.Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>101.Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>102.Хронический миелолейкоз. Роль Филадельфийской хромосомы в патогенезе заболевания. Клиника, диагностика, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>103.Эритремия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечение. Техника кровопусканий.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.7 Эндокринные заболевания</p>	<p>104.сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД (ВОЗ, 1999) и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>105.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 обмена). Критерии компенсации углеводного обмена.</p> <p>106.Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>107.Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.</p> <p>108.Синдром хронической передозировки инсулина, диагностика, лечение.</p> <p>109.Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов,</p>

	<p>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.</p> <p>110. 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.</p> <p>111. 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.</p> <p>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.</p> <p>112. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).</p> <p>113. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.</p> <p>114. 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).</p> <p>115. ДТЗ. Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии ДТЗ. Показания к оперативному лечению ДТЗ. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика.</p> <p>116. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>117. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы, интерпретация и их значение в диф. диагностике.</p> <p>118. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения. Предоперационная подготовка.</p> <p>119. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>120. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма.</p> <p>Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</p>	<p>121. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.</p> <p>122. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.</p> <p>123. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.</p> <p>124. Неотложная помощь при синкопальных состояниях.</p> <p>125. Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.</p> <p>126. Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.</p> <p>127. Легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация.</p> <p>128. Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.</p> <p>129. Острые гастроудоденальные и кишечные кровотечения. Прободная язва</p>

	<p>желудка и 12-перстной кишки. Тромбоэмболия мезентериальных сосудов.</p> <p>130.Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.</p> <p>131.Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.</p> <p>132.Гипертиреозидный криз. Гипотиреозидная кома. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.</p> <p>133.Гипокортикоидный криз. Феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии.</p> <p>134.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия.</p> <p>135.Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.</p>
<p>Г Б 1.Б.6.9 Геронтология и гериатрия</p>	<p>136.Особенности клиники и диагностики ишемической болезни сердца в гериатрической практике.</p> <p>137.Особенности клиники и диагностики заболеваний дыхательной системы в гериатрической практике.</p> <p>138.Особенности клиники и диагностики заболеваний органов пищеварения в гериатрической практике.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Поликлиническая терапия</p>	<p>139.Временная нетрудоспособность, её виды. Документация временной нетрудоспособности (приказ Минздрава №206/21 от 19 октября 1994 года).</p> <p>140.Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности (приказ Минздрава №5, приложение 4 от 13.01.1995).</p> <p>141.Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение.</p> <p>142.Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>143.Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</p> <p>144.Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.</p> <p>145.Функции КЭК ЛПУ (приказ №5 Минздрава от 1.01.95)</p> <p>146.Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

2.	<p>1. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает:</p> <ul style="list-style-type: none">а) холодовая проба;б) дипиридамоловая проба;в) проба с нагрузкой на велоэргометре;г) проба со статической физической нагрузкой;д) проба с гипервентиляцией. <p>2. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:</p> <ul style="list-style-type: none">а) повышается;б) понижается;в) не изменяется;г) может, как повышаться, так и понижаться;д) вначале повышается, а затем понижается. <p>3. Легочный фиброз может развиваться при приеме:</p> <ul style="list-style-type: none">а) мексита;б) кордарона;в) хинидина;г) пропранолола;д) верапамила. <p>4. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:</p> <ul style="list-style-type: none">а) правой коронарной артерии;б) передней нисходящей коронарной артерии;в) общем стволе левой коронарной артерии;г) огибающей коронарной артерии;д) артерии тупого края. <p>5. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) проба с физической нагрузкой;б) проба с введением изопроterenола;в) чреспищеводная электрокардиостимуляция;г) проба с эргометрином;д) дипиридамоловая проба. <p>6. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:</p> <ul style="list-style-type: none">а) нитратами;б) селективными бета-блокаторами;в) антагонистами кальция группы дилтиазема;г) неселективными бета-блокаторами;д) антагонистами кальция группы верапамила. <p>7. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:</p> <ul style="list-style-type: none">а) верапамил;б) нифедипин;в) пропранолол (анаприлин);г) нитросорбид;д) этаизин. <p>8. Средние суточные дозы финоптина составляют:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 40-80 мг;б) 80-120 мг;в) 120-200 мг;г) 240-320 мг;д) 500-600 мг. <p>9. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:</p> <ul style="list-style-type: none">а) депрессия сегмента ST в отведениях V4 -V5;б) подъем сегмента ST в отведении V4 R;в) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1--V2;г) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;д) снижение сегмента ST в отведении V4 R. <p>10. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:</p>
----	---

- а) асистолия желудочков;
- б) фибрилляция желудочков;
- в) желудочковая бигемения;
- г) атриовентрикулярная блокада 2 степени;
- д) синоаурикулярная блокада 2 степени.

11. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больного острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

12. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- а) через несколько часов от начала заболевания;
- б) в течение первых суток болезни;
- в) в течение вторых суток болезни;
- г) через 7-12 дней от начала заболевания;
- д) через 20 суток от начала заболевания.

13. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) антигистаминные препараты;
- б) нестероидные противовоспалительные препараты;
- в) глюкокортикоиды;
- г) антибиотики;
- д) нитраты.

14. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;
- б) астматическое состояние;
- в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

15. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают: 1. бета-блокаторы; 2. антагонисты кальция; 3. нитроглицерин (при внутривенном введении); 4. глюкозо-калиевая смесь.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

16. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. фуросемид; 3. анаприлин; 4. эналаприл.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

17. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) слабость;
- б) приступы сердечной астмы;
- в) отеки ног;
- г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- д) гепатомегалия.

18. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) феохромоцитомы;
- б) реноваскулярной гипертензии;

- в) первичного гиперальдостеронизма;
- г) хронического гломерулонефрита;
- д) хронического пиелонефрита.

19. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) обзидана;
- б) нитроглицерина (в/в);
- в) финоптина;
- г) дибазола;
- д) дигоксина.

20. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии: 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса; 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям; 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"; 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

21. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует: 1. диастолическое АД; 2. систолическое АД; 3. частота сердечных сокращений; 4. как диастолическое, так и систолическое АД.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

22. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: 1. одышка; 2. стенокардия напряжения; 3. обмороки; 4. нарушения ритма сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

23. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиомиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

24. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) хинидин;
- б) ритмилен;
- в) кордарон;
- г) этмозин;
- д) мекситил.

25. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа мерцательной аритмии; 3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

- г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 26.. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при: 1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укороченного интервала PR; 4. гипертоническом сердце.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
27. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. рестриктивной кардиомиопатии; 3. амилоидозу сердца; 4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
28. В норме полость перикарда содержит:
а) около 5 мл жидкости;
б) до 50 мл жидкости;
в) 100-200 мл жидкости;
г) 300-500 мл жидкости;
д) 100 мл жидкости.
- 29..Для острого фибринозного перикардита не характерно:
а) брадикардия;
б) повышение температуры тела;
в) боль за грудиной;
г) шум трения перикарда;
д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.
30. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:
а) эозинофилы;
б) моноциты;
в) лимфоциты;
г) лейкоциты;
д) эритроциты.
31. При частом ритме с широкими комплексами QRS признаками желудочковой тахикардии являются: 1. наличие "сливных" и или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов"); 2. наличие ретроградных зубцов P; 3. наличие атриовентрикулярной диссоциации; 4. отсутствие зубцов P.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
32. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда:
а) лактобактерии;
б) синегнойная палочка;
в) зеленящие стрептококки;
г) золотистые стафилококки;
д) менингококки.
33. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: 1. миокардит; 2. васкулиты мелких сосудов; 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; 4. прогрессирующее сужение митрального клапана.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

34. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается: 1. митральный клапан; 2. аортальный клапан; 3. клапан легочной артерии; 4. трехстворчатый клапан; 5. клапан нижней полой вены.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

35. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) выраженная синусовая брадикардия;
- б) мерцательная аритмия;
- в) предсердная экстрасистолия;
- г) атриовентрикулярная блокада I степени;
- д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

36. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) дефектом межпредсердной перегородки;
- б) дефектом межжелудочковой перегородки
- в) митральным стенозом;
- г) пролабированием митрального клапана без регургитации;
- д) гипертрофической кардиомиопатией.

37. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- а) ампициллина;
- б) тетрациклина;
- в) амфотерицина В;
- г) канамицина;
- д) карбенициллина.

38. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

- а) 2 недели или меньше;
- б) 4-6 недель;
- в) 2-4 недели;
- г) 8-10 недель;
- д) более 10 недель.

39. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв. см;
- б) 4-6 кв. см;
- в) 8-10 кв. см;
- г) 8 кв. см;
- д) 10 кв. см.

40. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) вверх и влево;
- б) влево;
- в) вверх и вправо;
- г) вправо и вверх;
- д) только вверх.

41. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается: 1. систолический шум надлегочной артерией; 2. усиление 2-го тона надлегочной артерией; 3. ослабление второго тона над легочной артерией; 4. систолический шум с эпицентром в 3-4 межреберье по левому краю грудины.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

42. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме регистрируется: 1. широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо; 2.

широкий зазубренный зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса; 3. широкий зазубренный зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям; 4. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

43. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- а) во время систолы;
- б) в начале диастолы;
- в) в конце диастолы;
- г) в середине диастолы;
- д) в систолу после систолического шума.

44. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения: 1. апрессина; 2. каптоприла; 3. коринфара; 4. обзидана.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

45. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся: 1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ; 2. увеличение правых отделов сердца; 3. гиперволемия малого круга; 4. гиповолемия малого круга.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

46. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум; 2. выслушивание 3-го тона; 3. пальпируемое систолическое дрожание; 4. повышенный риск инфекционного эндокардита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

47. Желудочковая экстрасистолия: 1. Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; 2. ухудшает течение гипертонической болезни; 3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

48. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является: 1. спазм легочных артериол; 2. гипертрофия легочных артериол и артерий; 3. склероз легочных артериол и артерий; 4. спазм капилляров.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

49. Для атриовентрикулярной блокады 2 степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно: 1. прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов; 2.

постоянство интервала PR; 3. укорочение интервала PR; 4. частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

50. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:
а) асистолия желудочков;
б) фибрилляция желудочков;
в) электро-механическая диссоциация;
г) полная атриовентрикулярная блокада;
д) синоаурикулярная блокада II степени.

51. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") показана:
а) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
б) только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
в) больным с синоатриальной блокадой II степени;
г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
д) больным с постоянной формой мерцательной аритмии.

52. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий, рационально использовать: 1. внутривенное введение атропина; 2. инфузию изопроterenола (изадрина), алупента, астмопента; 3. временную электрокардиостимуляцию; 4. внутривенное введение преднизолона и фуросемида.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

53. Самой частой причиной острого легочного сердца является:
а) пневмония;
б) астматическое состояние;
в) тромбоэмболия легочной артерии;
г) спонтанный пневмоторакс;
д) обострение хронического обструктивного бронхита.

54. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:
а) вены нижних конечностей;
б) вены верхних конечностей;
в) правое сердце;
г) вены таза;
д) левое сердце.

55. К гликозидной интоксикации предрасполагают: 1. пожилой возраст; 2. почечная недостаточность; 3. нарушение баланса электролитов (калия, магния); 4. дилатация камер сердца.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

56. Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть: 1. разрыв головки папиллярной мышцы; 2. разрыв межжелудочковой перегородки; 3. разрыв левого желудочка; 4. перикардит.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

57.. Для острого инфекционного эндокардита характерно: 1. наличие лихорадки, озноба;

2. наличие лейкоцитоза; 3. быстрое формирование порока сердца; 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
58. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются: 1. порок сердца; 2. эмболии; 3. бактериемия; 4. нарушения ритма.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4
59. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:
а) повышение массы тела на 30 % и более;
б) гиперхолестеринемия более 240 мг %;
в) артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм рт. ст.;
г) нарушение толерантности к углеводам;
д) блокада левой ножки пучка Гиса.
60. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:
а) ангиотензин-II;
б) ангиотензин-I;
в) ренин;
г) простаглицлин;
д) оксид азота.
61. Феномен парадоксального пульса заключается в:
а) уменьшении наполнения пульса на вдохе;
б) увеличении наполнения пульса на вдохе;
в) уменьшении наполнения пульса на выдохе;
г) увеличении наполнения пульса на выдохе;
д) отсутствии реакции пульса на фазы дыхания.
62. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:
а) перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;
б) сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом;
в) радионуклидная вентрикулография;
г) эхокардиография;
д) ангиография.
63. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:
а) аортальным стенозом;
б) митральным стенозом;
в) аортальной недостаточностью;
г) митральной недостаточностью;
д) трикуспидальной недостаточностью.
64. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться при: 1. эктопическом предсердном ритме; 2. отклонении электрической оси предсердия вправо; 3. отклонении электрической оси предсердия влево; 4. синусовой тахикардии.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
65. Интервал PQ включает: 1. Время проведения импульсов по предсердиям; 2. Время проведения импульса по AV-узлу; 3. Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса; 4. Время проведения импульса по волокнам Пуркинье.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;

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

66. Интервал QT включает: 1. комплекс QRS; 2. сегмент ST; 3. зубец T; 4. зубец P. Выберите правильный ответ по схеме:

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

67. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается: 1. выпадение комплексов PQRS; 2. укорочение интервала PP перед выпадением импульсов; 3. выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS; 4. выпадение комплекса QRST.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

68. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является: 1. уширение комплекса QRS $> 0,12$; 2. наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS; 3. появление проводных синусовых импульсов (захватов); 4. появление сливных комплексов QRS.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

69. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или (нош-па);
- в) нестероидные противовоспалительные препараты;
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики.

70. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

- а) нифедипин;
- б) верапамил;
- в) дилтиазем;
- г) изоптин;
- д) ангизем.

71. Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:

- а) лидокаин;
- б) мекситил;
- в) ритмилен;
- г) кордарон;
- д) этмозин.

72. Синонимом холестерина липопротеидов низкой плотности является:

- а) альфа-холестерин;
- б) бета-холестерин;
- в) пребета-холестерин;
- г) неэстерифицированный холестерин;
- д) эстерифицированный холестерин.

73. Эффективная гиполипидемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет:

- а) около 0,5 г;
- б) около 1,0 г;
- в) около 1,5 г;
- г) около 3,0 г;
- д) около 2,0 г.

	<p>74. Основным атерогенным классом липопротеидов являются: а) липопротеиды очень низкой плотности; б) липопротеиды низкой плотности; в) липопротеиды высокой плотности; г) хиломикроны; д) липопротеиды промежуточной плотности.</p> <p>75. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при: а) стабильной стенокардии напряжения; б) спонтанной стенокардии; в) прогрессирующей стенокардии напряжения; г) впервые возникли стенокардии; д) любых вариантах стенокардии.</p> <p>76. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается: а) более часто, чем стабильная стенокардия напряжения; б) практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения; в) менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения; г) у 60 %-70 % больных; д) более чем у 80 % больных.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Ревматические болезни</p>	<p>77.. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении: 1. суставов поясничного отдела позвоночника; 2. симфиза; 3. тазобедренных суставов; 4. илеосакральных сочленений. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>78. Для системного остеопороза характерны: 1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани; 2. подчеркнутость контуров тел позвонков; 3. выраженная трабекулярность костной ткани; 4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>79. Для системной склеродермии характерно развитие: 1. диффузного пневмофиброза; 2. базального пневмофиброза; 3. адгезивного плеврита; 4. увеличения размеров сердца. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>80.. К белкам острой фазы относят: 1. С-реактивный белок; 2. гаптоглобулин; 3. альфа-глобулин; 4. церулоплазмин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>81. Деструкция костной ткани сопровождается изменением: 1. увеличением экскреции гидроксипролина; 2. увеличением концентрации сывороточного кальция; 3. повышением активности щелочной фосфатазы; 4. повышением содержания фибриногена в сыворотке. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3;</p>

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

82.. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- а) ревматизма;
- б) системной красной волчанки;
- в) дерматомиозита;
- г) ревматической полимиалгии;
- д) системной склеродермии.

83.. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- а) локтевых суставах;
- б) плечевых суставах;
- в) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- г) коленных суставах;
- д) голеностопных суставах.

84. Для остеоартроза характерно: 1. наличие боли "механического" типа в суставах; 2. периодическая "блокада" суставов; 3. медленное развитие болезни; 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

85. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- а) ревматоидный артрит;
- б) острая ревматическая лихорадка;
- в) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза);
- г) вирусный артрит;
- д) подагрический артрит.

86.. В отношении ревматизма справедливо: 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; 2. наличие типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя-Джонса); 3. склонность к формированию порока сердца; 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

87. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно: 1. Дефигурация суставов, обусловленная скоплением экссудата; 2. поражение крупных суставов; 3. высокие показатели активности ревматического процесса; 4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

88. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения: 1. возбудителем является гонококк; 2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага; 3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность; 4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

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

89. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- а) сохранение или ослабление I тона;
- б) отсутствие II тона;
- в) мезосистолический щелчок;
- г) аортальный тон изгнания;
- д) протодиастолический шум.

90. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- а) гигантоклеточный артериит;
- б) геморрагический васкулит;
- в) узелковый периартериит;
- г) болезнь Бюргера;
- д) микроскопический полиангиит.

91. Для системной красной волчанки характерно: 1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания; 2. алоpecia может быть локализованной или диффузной; 3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами; 4. встречаются дискоидные очаги.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

92. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек: 1. изолированный мочевоы синдром; 2. нефритический мочевоы синдром; 3. нефротический мочевоы синдром; 4. пиелонефритический мочевоы синдром.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

93. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться: 1. преходящими нарушениями мозгового кровообращения; 2. судорогами; 3. периферической полинейропатией; 4. психозами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

94. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является: 1. активность волчаночного нефрита; 2. высокая общая активность болезни; 3. резистентность к глюкокортикостероидам; 4. выраженность синдрома Рейно.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

- а) лица, пальцев кистей и стоп;
- б) туловища и проксимальных отделов конечностей;
- в) туловища;
- г) лица;
- д) пальцев кистей.

96. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

- а) бета-адреноблокаторы;
- б) ингибитор ангиотензин превращающего фермента;
- в) нативная плазма;
- г) глюкокортикостероиды;
- д) цитостатики.

97. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

- а) параорбитальный отек с лиловой "гелиотропной" эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);
- б) эритема на открытых участках кожи;
- в) пойкилодермия;

- г) алопеция;
- д) синдром Рейно.

98. Для ревматической полимиалгии характерно: 1. анемия; 2. боль в плечевом и/или тазовом поясе; 3. значительное увеличение СОЭ; 4. возраст больных старше 40 лет.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

99. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- а) гепатотоксические;
- б) нефротоксические;
- в) гематологические;
- г) кожные;
- д) желудочно-кишечные.

100. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности: 1. креатинфосфокиназы; 2. аминотрансфераз; 3. альдолазы; 4. лактатдегидрогеназы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

101. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- а) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- б) ульнарная девиация;
- в) в виде "шеи лебедя";
- г) в виде "бутоньерки";
- д) в виде "молоткообразного пальца".

102. Причина анемии при ревматоидном артрите:

- а) дефицит железа в организме;
- б) аутоиммунный процесс;
- в) дефицит фолиевой кислоты;
- г) неизвестна;
- д) гемолиз.

103.. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:

- а) некротизирующий васкулит, с вовлечением жизненно важных органов;
- б) поражение легких;
- в) подвывих шейных позвонков со сдавливанием спинного мозга;
- г) уремия при вторичном амилоидозе почек;
- д) осложнения лекарственной терапии.

104. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится: 1. околосуставной остеопороз; 2. узурация суставных поверхностей эпифиза; 3. кисты в эпифизах; 4. сужение суставной щели.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

105.. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является: 1. наличие сакроилеита; 2. асимметричный артрит периферических суставов; 3. тенденция к семейной агрегации; 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей

Выберите правильный ответ по схеме:

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

106.. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- а) ирит и иридоциклит;
- б) склерит;
- в) конъюнктивит;
- г) блефарит;
- д) катаракта.

107. Сакроилеит встречается при: 1. синдроме Рейтера; 2. псориазическом артрите; 3. болезни Бехтерева; 4. неспецифическом язвенном колите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

108. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:

- а) тест муцинового сгустка;
- б) определение глюкозы в синовиальной жидкости;
- в) определение комплемента в синовиальной жидкости;
- г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости;
- д) клинический анализ крови.

109. Диетотерапия подагры включает: 1. ограничение суточного потребления белков; 2. малокалорийную диету; 3. ограничение потребления бобовых; 4. ограничение спиртных напитков.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

110. Характерным признаком двустороннего коксартроза является: 1. протрузия вертлужных впадин; 2. укорочение нижних конечностей; 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме; 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

111. При остеоартрозе применяются: 1. нестероидные противовоспалительные препараты; 2. трасилол; 3. поливинилпирролидон; 4. глюкокортикостероиды внутрисуставно.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

112. Для ревматического перикардита характерно: 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата); 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически; 3. инфарктноподобная ЭКГ; 4. ослабление тонов сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

113. Первичный ревматизм с наличием острого полиартрита, среднетяжелым и тяжелым кардитом, перикардитом, высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца, недостаточностью кровообращения наиболее тяжело протекает в возрасте:

- а) 3-6 лет;
- б) 7-15 лет;
- в) 20-25 лет;
- г) 40-45 лет;
- д) 50-55 лет.

114. При системной красной волчанке выявляется: 1. серопозитивность по ревматоидному фактору; 2. снижение уровня комплемента по СН50; 3. ложноположительная реакция Вассермана; 4. антитела к нативной ДНК.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

115. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят: 1. при торпидном течении болезни; 2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков; 3. высокой активности люпус-нефрита; 4. высоким содержанием в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

116. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- а) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- б) цианозом дистальных отделов конечностей;
- в) "поведением" пальцев кистей стоп в результате вазоконстрикции;
- г) парестезиями по всей руке, ноге;
- д) реактивной гиперемией кожи стоп;

117. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:

- а) напроксен;
- б) пироксикам;
- в) бутадиион;
- г) диклофенак-натрия (вольтарен);
- д) индометацин.

118. Применение кальцитонина при остеопорозе: 1. подавляет резорбцию костной ткани; 2. способствует предотвращению переломов костей; 3. увеличивает плотность костной ткани; 4. оказывает анальгезирующее действие.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

119. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия: 1. назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки; 2. пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд; 3. назначение циклофосфида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь; 4. гемосорбцию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

120. Наиболее типичным для псориатического артрита является:

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;
- б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов;
- г) первые признаки заболевания кожные;
- д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике.

121. Этиологическим фактором септического артрита может быть: 1. стафилококк; 2. стрептококк; 3. клебсиелла; 4. протей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

122.. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно: 1. мигрирующая эритема; 2. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы; 3. лимфаденопатия; 4. поражение ЦНС.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

123.. На развитие острого подагрического артрита влияет: 1. носоглоточная инфекция; 2. нарушение режима питания; 3. значительное физическое перенапряжение; 4. голодание.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

124.. Развитию первичного остеоартроза способствует: 1. генетические факторы; 2. ожирение; 3. Дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей; 4. перегрузка суставов в связи с профессиональной, чрезмерным занятием спортом.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

125.. Узелки Бушара появляются при:

- а) подагре;
- б) ревматоидном артрите;
- в) остеоартрозе;
- г) ревматизме;
- д) узелковом периартериите.

126.. Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланго-вых суставов - дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) - является: 1. сужение суставных щелей 2. субхондральный остеосклероз; 3. узурация суставных поверхностей костей; 4. остеопороз.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

127. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

- а) тазобедренные суставы;
- б) коленные суставы;

- в) дистальные межфаланговые суставы кистей;
- г) плечевые суставы;
- д) голеностопные суставы.

128. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение: 1. вес тела; 2. плотность костной ткани; 3. частота переломов; 4. пол.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

129. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза: 1. кости таза; 2. головка бедренной кости; 3. позвонки; 4. головка плечевой кости; 5. надмыщелки плечевой кости.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

130. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена: 1. энтезопатией в области бугра пяточной кости; 2. подпяточным бурситом; 3. кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой"); 4. артритом плюснефаланговых суставов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

131. Развитие ревматизма связано с инфицированием:

- а) вирусом;
- б) стафилококком;
- в) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
- г) альфа-гемолитическим стрептококком группы А;
- д) сальмонелла.

132. При системной красной волчанке выявляется: 1. снижение в крови уровня комплемента СН 50; 2. наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре; 3. гипергаммаглобулинемия; 4. снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

133. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть: 1. алопеция; 2. фотодерматоз; 3. сетчатое ливедо; 4. пилинг.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

134. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно: 1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит; 2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения; 3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации; 4. миокардит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

135. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с анти-фосфолипидным синдромом относят: 1. острое нарушение мозгового кровообращения; 2. деменцию; 3. мигрень; 4. поперечный миелит.
Выберите правильный ответ по схеме:

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

136.. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с: 1. артериальной гипертензией; 2. нефротическим синдромом; 3. высоким содержанием в крови антител к ДНК; 4. низким содержанием в крови комплемента.
Выберите правильный ответ по схеме:

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

137. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды;

- а) артериолы и капилляры;
- б) сосуды среднего калибра;
- в) сосуды любого диаметра;
- г) крупные сосуды;
- д) венозные сосуды.

138. При узелковом периартериите характерно следующее поражение почек: 1. изолированный мочевои синдром с незначительной протеинурией; 2. мочевои синдром с нестойкой артериальной гипертензией; 3. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии; 4. нефротический синдром.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

139. Гигантоклеточный артериит проявляется: 1. острым нарушением мозгового кровообращения; 2. депрессией; 3. инфарктом миокарда; 4. тромбоэмболией легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

140.. Азатиоприн применяется при: 1. ревматоидном артрите; 2. системной красной волчанке; 3. болезни Шегрена; 4. дерматомиозите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

141. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отечность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

- а) ревматоидный артрит;
- б) системная красная волчанка;
- в) реактивный артрит;
- г) ревматизм;
- д) системная склеродермия.

142. К "большим" критериям первичного ревматизма принадлежат: 1. кардит; 2. хорей; 3.

полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

143. У больной 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области правого тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- а) пальпаторная болезненность в области трохантера;
- б) ограничение ротации бедра на пораженной стороне;
- в) укорочение правой ноги на 4 см;
- г) положительный симптом Лассега справа;
- д) положительный симптом Кушелевского.

144. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- а) шейного отдела;
- б) поясничного отдела;
- в) крестцово-подвздошных суставов;
- г) грудного отдела;
- д) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.

145. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

- а) ирит и иридоциклит;
- б) склерит;
- в) конъюнктивит;
- г) блефарит;
- д) катаракта.

146. Желудочно-кишечные кровотечения вызывает: 1. преднизолон; 2. ацетилсалициловая кислота; 3. диклофенак; 4. циклоспорин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

147. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления: 1. менингоэнцефалит; 2. лекарственная нейропатия; 3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артрит; 4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

148. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно:

- а) генерализованный полиартрит;
- б) сосискообразная деформация пальцев стоп;
- в) сосискообразная деформация пальцев рук;
- г) артрит суставов 1-го пальца стоп;
- д) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей.
- е) правильно б), д).

149. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

- а) гемофилической артропатии;
- б) псевдоподагре;
- в) псориатическом артрите;
- г) ревматоидном артрите;
- д) ревматизме.

150. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:

- а) лихорадка, озноб;
- б) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- в) синовиальная жидкость - высокий цитоз, 90 % нейтрофилов;
- г) полиартрит;

	<p>д) рентгенологическая картина - деструкция хряща, кости.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Болезни органов дыхания</p>	<p>151. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится: а) саркоидоз; б) муковисцидоз и дефицит α1-антитрипсина; в) гамартохондроз; г) бронхиальная астма; д) рак легкого.</p> <p>152. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1. легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>156. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является: а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей; б) переохлаждение; в) вирусно-бактериальная инфекция; г) курение; д) переутомление.</p> <p>157. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом). Он характеризуется: 1. отсутствием или, незначительно выраженными, признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем, с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>158. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, характеризуется: 1. вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>159. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>

160. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

161.. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит), во второй фазе (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

162. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

163 Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

164. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. появление гнойной мокроты; 3. повышение температуры; 4. появление одышки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

165. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

- а) благоприятный;
- б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;
- в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;
- г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит;
- д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь.

166. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило:

- а) благоприятный;

- б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией;
- в) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит;
- г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь;
- д) неблагоприятный.

167. Показанием к рентгенологическому обследованию больного, с острым бронхитом, для исключения у него бронхопневмонии служит: 1. Нарастание тяжести клинического течения заболевания; 2. выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легкого; 3. увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ; 4. сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более чем 3 дней.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

168. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является: 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция; 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей; 3. курение; 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

169. У людей, в возрасте старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

170. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: 1. сильным сухим кашлем; 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой; 3. рассеянными сухими хрипами в легких; 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

171. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и пр), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом, из-за: 1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания; 2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей; 3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений; 4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

172. Возникновению хронического бронхита способствует: 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов; 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева); 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей; 4. наследственное

предрасположение к заболеванию легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

173.. При простом бронхите: 1. обструкция воздухоносных путей не является ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания; 2. обструкция воздухоносных путей выявляется только при спирографии (пневмотахографии) в период обострения; 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически; 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется, главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

174. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется: 1. формой заболевания; 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия); 3. осложнениями; 4. преимущественной локализацией поражения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

175. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является:

- а) сильный сухой кашель;
- б) кашель с мокротой;
- в) постоянная одышка;
- г) приступообразный сухой кашель;
- д) приступообразная одышка.

176. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:

- а) сильный надсадный сухой кашель;
- б) кашель с мокротой;
- в) одышка;
- г) лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
- д) цианоз слизистых губ.

178.. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов: 1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов; 2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов; 3. функции сурфактантной системы легкого; 4. возраста больного.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

179. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- а) спирографии, пневмотахографии;
- б) бронхоскопии;
- в) исследования газов крови;
- г) рентгенография легких;
- д) ангиопульмонографии.

180. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции

мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

181.. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

182. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

183. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

184.. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. ограниченный и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

185. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

186. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является: 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких; 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты; 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма; 4. обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

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

187. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода ведения следует учитывать: 1. характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам; 2. концентрацию избранного средств, которую необходимо создать в бронхиальной слизи; 3. переносимость препарата больным; 4. характер лихорадки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

188. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

189. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются:

- а) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем состояния больного;
- б) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания;
- в) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ₁ до и после введения препарата;
- г) на основании показателей спирометрии;
- д) на основании предшествующего лечения.

190. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

- а) парентеральный;
- б) пероральный;
- в) ингаляционный;
- г) небулайзерный;
- д) ректальный.

191.. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, действуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

- а) атропин;
- б) ипратропиум бромид;
- в) апрофен;
- г) метацин;
- д) пропантелин бромид.

192. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

- а) теofilлин;
- б) теофедрин;
- в) теопек, теодур, ретафил, дуофиллин;
- г) эуфиллин;
- д) вентолин.

193. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами; 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств; 4. выраженность одышки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

194. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов; 2. разжижению мокроты; 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки; 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

195. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено: 1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов; 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов; 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи; 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

196. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено: 1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усилением вязкости мокроты; 3. усилением прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещением клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов, бокаловидными.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

197. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов: 1. разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи; 2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи; 3. стимулирующих сурфактантную систему легких; 4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

198. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят: 1. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол); 2. препараты бактериальных ферментов; 3. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельван и др.); 4. трипсин, химопсин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

199. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производных пурина (метилксантины); 3. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван); 4. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельван и др.), мукодин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

200. уменьшения прилипания вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производные тиолов - ацетилцистеин (мукольвин и др.), мукодин; 3. препараты бактериальных ферментов; 4. бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван).

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

201. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в: 1. вне периода обострения заболевания; 2. условиях среднегорья и в равнинной местности; 3. условиях морского, сухого или континентального климата; 4. условиях высокогорья.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

202. При хроническом бронхите показано: 1. диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения (диспансерное); 2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита; 3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите; 4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение, вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

203. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причиннозначимого аллергена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование лекарственных препаратов.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

204. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме:

а) один из b₂-агонистов;

б) метилксантинов;

в) блокаторов b₂-адренорецепторов;

г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;

д) мембраностабилизирующих препаратов.

205. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:

а) прогрессирование одышки;

б) нарастание цианоза;

в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;

г) повышение артериального давления;

д) тахикардия.

206. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые, влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые, влажные хрипы и крепитирующие хрипы:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

207.. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

208. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

- а) пневмококк;
- б) стрептококк;
- в) стафилококк;
- г) кишечная палочка;
- д) клебсиелла.

209. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

- а) пневмококка;
- б) стафилококка;
- в) клебсиеллы;
- г) хламидии;
- д) микопlasма.

210. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства: 1. этиотропные; 2. отхаркивающие; 3. бронхоспазмолитические; 4. иммуномодулирующие.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

211. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: 1. давность заболевания; 2. индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов; 3. сопутствующие заболевания; 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

212. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит: 1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции; 2. смешанный характер инфекции; 3. необходимость усиления антибактериального эффекта; 4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

213. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

- а) трансфузий свежзамороженной плазмы;
- б) парентерального введения глюко-кортикоидных гормонов;
- в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;

	<p>г) инфузий гепарина; д) плазмафереза.</p> <p>214. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются: 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств; 2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку; 3. трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств; 4. внутривенное введение антибиотика. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1,2, 3 и 4.</p> <p>215. Излечение острого абсцесса легкого происходит: 1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца; 2. путем образования на месте гнойной полости, очага уплотнения легочной ткани; 3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого; 4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1,2, 3 и 4.</p> <p>216. К раку легкого предрасполагает: а) алкоголизм и бытовое пьянство; б) курение; в) наркомания и токсикомания; г) хроническое переохлаждение; д) психо-эмоциональная нагрузка.</p> <p>217. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является: а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови; б) легочное кровотечение; в) одышка и потеря массы тела; г) лихорадка; д) кровохарканье.</p> <p>218. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это: 1. флюорография органов грудной клетки; 2. бронхоскопия; 3. рентгеноскопия органов грудной клетки; 4. цитологическое исследование мокроты. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Болезни органов пищеварения</p>	<p>219. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях: 1. язвенной болезни; 2. панкреатите; 3. калькулезном холецистите; 4. хроническом гастрите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>

220. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят: 1. синдром Криггера-Найяра (Наджара); 2. синдром Ротора; 3. синдром Дубина (Дабина) Джонсона; 4. постгепатитную гипербилирубинемии Калька.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

221. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического Панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

222. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

223. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

224. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

225. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутрипеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

226. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о:

- а) присоединении вирусного гепатита;
- б) некрозе гепатоцитов;

в) печеночной недостаточности;
г) портальной гипертензии;
д) циррозе - раке.

227 Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

228. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть: 1. заболевание печени; 2. избыточная потеря белка через кишечник; 3. избыточная потеря белка через почки; 4. длительный голод.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

229. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при: 1. сахарном диабете; 2. билиарном циррозе; 3. холестагическом гепатите; 4. алкоголизме.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

230. Гиперхолестеринемия наблюдается при: 1. атеросклерозе; 2. холестазе; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

231 Для печеночного литолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

232.. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного литолитического синдрома является:
а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;
б) повышение активности альдолазы;
в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
г) гипоальбуминемия;
д) повышение уровня сывороточного железа.

233. Внутрпеченочный холестаз характеризует: 1. билирубинурия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

234. В диагностике холестагического синдрома имеет значение: 1. повышение

активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности г - ГТП (глутамилтранспептидазы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

235. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

236. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

237. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

238. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

239. Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

240. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

241. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:

- а) варикозное расширение вен пищевода;
- б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;

- в) дивертикул пищевода;
- г) астматическое состояние;
- д) рак кардиального отдела желудка.

242. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики: 1. расширения общего желчного протока; 2. хронического активного гепатита; 3. хронического калькулезного холецистита; 4. болезни Жильбера.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

243. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании:

- а) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);
- б) холелитиаз;
- в) гемангиома печени;
- г) кисты и абсцессы поджелудочной железы;
- д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).

244. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

- а) микронодулярного цирроза печени;
- б) гепатита;
- в) очагового поражения печени;
- г) макронодулярного цирроза печени;
- д) застойного фиброза печени.

245. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

- а) пероральная холецистография;
- б) внутривенная холеграфия;
- в) сцинтиграфия печени;
- г) ретроградная панкреатохолангиография;
- д) прямая спленопортография.

246.. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

247.. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. болезнь Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

248. Лапароскопию назначают: 1. при подозрении на первичный рак печени; 2. при подозрении на метастатический рак печени; 3. для уточнения причины асцита; 4. при подозрении на камни желчного пузыря.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

249. Компьютерная томография позволяет выявить: 1. активный гепатит; 2. кисты поджелудочной железы; 3. асцит; 4. опухоли брюшной полости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

250. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются; 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

251. Дисфагия может наблюдаться при: 1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы; 2. ахалазии кардии; 3. склеродермии; 4. раке пищевода.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

252. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются: 1. рентгенологический метод; 2. эзофагоскопия; 3. эзофаготонокимография; 4. фармакологические пробы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

253. При ахалазии кардии показано: 1. щадящая диета; 2. приподнятый головной конец кровати; 3. холиномиметические средства; 4. спазмолитические средства.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

254. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено.

Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода;
- б) рак пищевода;
- в) пептическая язва пищевода;
- г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- д) герпетическое поражение пищевода.

255. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением легких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести:

- а) рентгеноскопию пищевода;
- б) электрокардиографию;
- в) анализ крови на гемоглобин;
- г) гастроскопию;
- д) рентгеноскопию органов грудной клетки.

256..11. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась.

К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3 °С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача:

- а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;
- б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
- в) провести эзофагоскопию;
- г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;
- д) вызвать на консультацию отоларинголога.

257. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

258. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгенография пищевода; 3. рентгенография грудной клетки; 4. эзофагоскопия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

259.. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен:

- а) атропин;
- б) платифиллин;
- в) но-шпа;
- г) перукал;
- д) седуксен.

260. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует: 1. назначить щадящую диету; 2. исключить подъем тяжестей; 3. назначить частое дробное питание; 4. назначить антацидные препараты.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

261.. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает: 1. режим питания; 2. режим труда; 3. борьбу с запорами; 4. сон с приподнятым изголовьем.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

262. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует:

- а) нитроглицерин;
- б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);

- в) транквилизаторы;
- г) холинолитики;
- д) спазмолитики.

263. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: 1. нитроглицерин; 2. пищевая сода; 3. электрокардиография; 4. эзофагоскопия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

264. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. церукал (реглан); 3. подъем головного конца кровати; 4. частое дробное питание.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

265. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- а) муцин;
- б) бикарбонаты;
- в) гастрин;
- г) секретин;
- д) внутренний фактор Касла.

266. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют: 1. секретин; 2. кейлоны; 3. гастрин; 4. бомбезин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

267. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают: 1. дробное питание; 2. психотерапию; 3. физиотерапию; 4. рефлексотерапию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

268. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся: 1. анализ желудочного сока; 2. гастроскопия; 3. рентгеноскопия желудка; 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

269. К предраковым заболеваниям относятся: 1. хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью; 2. полип желудка на широком основании; 3. полипоз желудка; 4. аутоимунный гастрит.

Выберите правильный ответ по схеме:

	<p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>270. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. метилурацил; 3. витамины; 4. заместительную терапию. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>271. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают: 1. витамины; 2. анаболические стероидные гормоны; 3. рибоксин; 4. ферментные препараты. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>272. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить: 1. де-нол; 2. метронидазол; 3. ампициллин; 4. ранитидин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>273. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при: 1. аутоиммунном гастрите; 2. полипозе желудка; 3. геморрагическом гастрите; 4. эозинофильном гастрите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>274. Профилактика гастритов основана на: 1. правильном режиме и характере питания; 2. устранении профессиональных вредностей; 3. отказе от алкоголя; 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Болезни почек</p>	<p>275. Допустимое количество белка в суточной моче составляет: а) 500 мг; б) 30 мг; в) 150 мг; г) не должно быть; д) следы белка.</p> <p>276. Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать: а) анализ мочи по методу Нечипоренко; б) фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка;</p>

- в) лейкоцитарную формулу мочи;
- г) анализ мочи по Зимницкому;
- д) общий анализ мочи.

277. Лейкоцитурия - наиболее характерный симптом при:

- а) пиелонефрите;
- б) гломерулонефрите;
- в) амилоидозе;
- г) нефролитиазе;
- д) поликистозе.

278. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- а) хронического нефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) сахарного диабета;
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

279. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

- а) соблюдать строгую диету с исключением соли;
- б) ограничить физическую активность;
- в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
- г) ограничить употребление белковой пищи;
- д) ограничить употребление растительной пищи.

280. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

281. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 5 г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

282. Острый нефритический синдром характеризуют:

- а) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
- г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

283. У 40 летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острый гломерулонефрит;
- б) острый пиелонефрит;
- в) обострение хронического гломерулонефрита;
- г) апостематозный нефрит;
- д) амилоидоз почек.

284. Оценить активность ХГН позволяют: 1. увеличение СОЭ; 2. диспротеинемия; 3. гиперазотемия при нормальных размерах почек; 4. гиперлипидемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

285. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) цистита;
- д) амилоидоза почек

286. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- а) фуросемиду;
- б) верошпиرونу;
- в) триамтерену;
- г) арифону;
- д) гипотиазиду.

287. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

288. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является: 1. эмбологенный инфаркт; 2. гломерулонефрит; 3. амилоидоз; 4. пиелонерит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

289. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- а) дерматомиозита;
- б) системной красной волчанки;
- в) системной склеродермии;
- г) узелкового артериита;
- д) ревматической полимиалгии.

290. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

- а) впервые возникший нефротический синдром;
- б) злокачественная артериальная гипертензия;
- в) остроснефритический синдром;
- г) нефротический синдром при амилоидозе почек;
- д) субъективное состояние больного.

291. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается: 1. минимальные изменения; 2. мезангио-пролиферативный; 3. фокально-сегментарный гиалиноз склероз; 4. мезангио-мембранозный.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

292. Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

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

293. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- а) бактериальный перитонит;
- б) абдоминальный нефротический криз;
- в) почечная колика;
- г) апостематозный пиелонефрит;
- д) кишечная колика.

294. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- а) через 3-5 месяцев от начала заболевания;
- б) через год;
- в) через 3 года;
- г) с первых недель заболевания;
- д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии

295. Злокачественная гипертензия возможна при: 1. пиелонефрите; 2. узелковом периартериите; 3. первичном нефросклерозе; 4. истинной склеродермической почке.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

296. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами, необходимо тщательно контролировать: 1. лейкоциты крови 2. содержание гемоглобина крови; 3. тромбоциты крови; 4. эозинофилы крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

297. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- а) преднизолоном;
- б) цитостатиками;
- в) индометацином;
- г) курантилом;
- д) гепарином.

298. Гипокалиемия может наблюдаться при: 1. первичном гиперальдостеронизме; 2. болезни Иценко-Кушинга; 3. реноваскулярной гипертензии; 4. ренинсекретирующей опухоли.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

299. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

- а) амилоидоз почек;
- б) гломерулонефрит;
- в) пиелонефрит;
- г) интерстициальный нефрит;
- д) тромбоз почечных вен.

300. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови: 1. легких цепей иммуноглобулинов; 2. преальбумина; 3. бета-2 микроглобулина; 4. белка s AA.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

301. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

- а) десны;
- б) подкожного жира;
- в) слизистой оболочки прямой кишки;
- г) почки;
- д) кожи.

302. Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

303. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

- а) полусинтетические пенициллины;
- б) тетрациклин;
- в) бисептол;
- г) фурагин;
- д) фторхинолоны.

304. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- а) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
- б) гематурия и гиперазотемия;
- в) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;
- г) протеинурия и гематурия;
- д) протеинурия и артериальная гипертензия.

305. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать:

- а) атенолол;
- б) капозид;
- в) ренитек;
- г) адельфан;
- д) апрессин.

306. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. протей; 2. клебсиеллу; 3. эшерихии (патологические штаммы); 4. стрептококки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

307. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью и натрием; 4. нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

308. Умеренную гипер-калиемию, при хронической почечной недостаточности, можно корректировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3.

концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

309. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- а) кожный зуд;
- б) эритроцитоз;
- в) полиурия, полидипсия;
- г) тошнота, рвота;
- д) мышечные судороги.

310. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерола.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

311. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

- а) мочевины;
- б) остаточного азота;
- в) креатинина;
- г) калия;
- д) мочевой кислоты.

312. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- а) повышение артериального давления;
- б) полиурию, полидипсию;
- в) гиперкалиемию;
- г) метаболический ацидоз;
- д) судороги.

313. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:

- а) пенициллинов;
- б) макролидов;
- в) аминогликозидов;
- г) цефалоспоринов;
- д) фторхинолонов.

314. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

- а) плазмы;
- б) плазмозамещающих растворов;
- в) солевых растворов;
- г) фуросемида;
- д) гемодеза.

315. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, конкрактура Дюпюитрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (50-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- а) идиопатический IgA - нефрит;
- б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
- в) гломерулонефрит алкогольной этиологии;
- г) волчаночный гломерулонефрит;
- д) хронический пиелонефрит.

316. Пятидесяти-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень

гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л.
Наиболее вероятный диагноз:
а) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
б) миеломная болезнь;
в) вторичный амилоидоз с поражением почек;
г) хронический пиелонефрит;
д) поликистоз почек.

317 Мужчина 32 лет, отечен. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2 % и проявления гиперлипидемии. Диагноз: 1. острый гломерулонефрит; 2. гипернефрома; 3. пиелонефрит; 4. нефротический синдром.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

318. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:
а) радиоизотопная ренография;
б) ультразвуковое сканирование почек;
в) ангиография;
г) экскреторная урография;
д) компьютерная томография.

319. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:
а) гематурия;
б) протеинурия более 3,5 г/сутки;
в) артериальная гипертензия;
г) пиурия;
д) гипозостенурия.

320. Гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно устранить:
а) физиологическим раствором;
б) гипотоническим раствором;
в) внутривенным введением глюкозы с инсулином;
г) введением раствора соды;
д) введением раствора хлористого кальция.

321. Лекарственное средство, требующее особой регуляции своей дозы при заболеваниях почек:
а) гентамицин;
б) метациклин;
в) эритромицин;
г) левомицитин;
д) ампицилин.

322 Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:
а) 10 % почечной паренхимы;
б) 20 % почечной паренхимы;
в) 50 % почечной паренхимы;
г) 75 % почечной паренхимы;
д) 90 % почечной паренхимы.

323. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:
а) нефротический синдром;
б) мочевого синдром;
в) гипертензия;
г) почечная недостаточность;
д) профилактический курс терапии.

	<p>324. Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при лечении <ХГН>: а) 20 мг; б) 40 мг; в) 60-80 мг; г) 120 мг ч/день; д) пульс-терапия метипредом.</p> <p>325. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения <ХГН>: а) 5000 ед.; б) 10000 ед.; в) 15000 ед.; г) 20000 ед.; д) 30000 ед.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.6 Болезни органов кровотворения</p>	<p>326. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют а) эритроциты; б) гранулоциты; в) Т-лимфоциты; г) В-лимфоциты; д) тромбоциты.</p> <p>327. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ: а) иммуноглобулины G; б) иммуноглобулины A; в) иммуноглобулины M; г) иммуноглобулины D; д) иммуноглобулины E.</p> <p>328. Морфологической основой гуморального иммунитета являются: а) макрофаги; б) Т-лимфоциты; в) В-лимфоциты; г) плазмциты; д) эритроциты.</p> <p>329. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза: а) резекцией желудка; б) большим количеством детей (родов); в) нефрэктомией; г) гипосекреторным гастритом; д) оральной контрацепцией.</p> <p>330. Грифельно-серый цвет кожи характерен для: а) эритремии; б) множественной миеломы; в) болезни Гоше; г) синдрома Гудпасчера; д) анемии.</p> <p>331. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для: а) эритремии; б) множественной миеломы; в) болезни Гоше; г) геморрагического васкулита; д) лимфогранулематоза</p> <p>332. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для: а) множественной миеломы; б) СПИДа; в) геморрагического васкулита; г) системной красной волчанки; д) лимфолейкоза.</p> <p>333. Выраженное похудание характерно для: а) лимфопролиферативных заболеваний; б) миелопролиферативных заболеваний; в) болезни Кули;</p>

- г) мегалобластной анемии;
- д) геморрагического васкулита.

334. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

- а) резкая болезненность;
- б) "деревянная" плотность;
- в) плотноэластическая консистенция;
- г) спаянность с кожей и между собой;
- д) мягкие, безболезненные.

335 Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:

- а) гемолитических анемий;
- б) железодефицитных анемий;
- в) множественной миеломы;
- г) болезни тяжелых цепей;
- д) мегалобластной анемии.

336. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

- а) амилоидозе;
- б) тромбоцитопении;
- в) мегалобластной анемии;
- г) болезни Гоше;
- д) множественной миеломе.

337 Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:

- а) выраженной анемии;
- б) нейрорлейкоза;
- в) амилоидоза;
- г) эритремии;
- д) хронического лимфолейкоза.

338 Рецидивирующий Herpes labialis характерен для:

- а) множественной миеломы;
- б) мегалобластной анемии;
- в) апластической анемии;
- г) лимфопролиферативных заболеваний;
- д) железодефицитной анемии.

339. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о:

- а) криоглобулинемии;
- б) болезни Гоше;
- в) эритроцитозе;
- г) талассемии;
- д) железодефицитной анемии.

340. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

- а) внутриклеточного гемолиза;
- б) внутрисосудистого гемолиза;
- в) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
- г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
- д) талассемии.

341 Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

- а) установления варианта лимфогранулематоза;
- б) диагностики лимфаденитов;
- в) установления цитохимического варианта острого лейкоза;
- г) диагностики метастазов рака;
- д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.

342. Внутривенная урог-рафия противопоказана при:

- а) апластической анемии;
- б) синдроме Гудпасчера;
- в) множественной миеломе;
- г) эритремии;
- д) лимфогранулематозе.

343 Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение; 2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

344. Типичные проявления СПИДа: 1. исхудание, лихорадка 2. депрессия; 3. головная боль; 4. нарушение мозгового кровообращения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

345 Диагностика СПИДа основывается:

- а) на данных клинической картины;
- б) на бактериологическом исследовании испражнений;
- в) на результатах посева крови;
- г) на иммунохимическом исследовании;
- д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.

346 агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами; 2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютенинов и групповых веществ в сыворотке; 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютенинов в сыворотке.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

347. При определении группы крови по системе АВ0 используются: 1. непрямой антиглобулиновый метод; 2. конгломинация с желатином; 3. конгломинация с альбумином; 4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

348. Проба на индивидуальную совместимость Донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и Реципиента по системе АВ0 и по резус-фактору; 2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВ0; 3. для выявления аутоенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

349. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют: 1. сенсибилизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. С-реактивный белок; 3. аутоиммунные неполные антиэритропитарные антитела; 4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

350. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления: 1. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител; 3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток; 4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

351. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

- а) биопсию лимфоузла;
- б) стернальную пункцию;
- в) пункцию селезенки;
- г) подсчет ретикулоцитов;
- д) УЗИ печени и селезенки.

352 Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется: 1. высокой лихорадкой; 2. диареей; 3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области; 4. развитием на фоне агранулоцитоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

353. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются: 1. сдвиг формулы крови влево до метамелоцитов; 2. увеличение числа лимфоцитов; 3. базофильно-эозинофильная ассоциация; 4. появление клеток типа плазмобластов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

364 Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому: 1. исключает полностью диагноз заболевания; 2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания; 3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов; 4. не исключает полностью диагноз заболевания.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

355. 14. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны: 1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия; 2. похудание; 3. костные боли и полинейропатия; 4. повышение температуры тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

356. Режим больных с множественной миеломой предполагает: 1. ношение корсета; 2. максимальную физическую активность; 3. лечебную физкультуру; 4. ограничение движений.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

357. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

- а) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);
- б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;
- в) сцинтиграфия;
- г) лимфография;
- д) компьютерная и ЯМР-томография.

358. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

359. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:

- а) спленомегалия;
- б) анемический синдром;
- в) портальная гипертензия;
- г) тромботические осложнения;
- д) прогрессирующее похудание.

360. За сутки железа может всосаться не более:

- а) 0,5-1,0 мг;
- б) 2,0-2,5 мг;
- в) 4,0-4,5 мг;
- г) 10,0-12,01 мг;
- д) 7,0-8,0 мг.

049.14. Причиной железодефицитной анемии у женщин могут быть: 1. обильные и длительные менструальные кровопотери; 2. болезнь Рандю-Ослера; 3. геморрой; 4. опухоли желудочно-кишечного тракта.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

361. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

- а) проба Грегерсена;
- б) проба Вебера;
- в) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома;
- г) определение уровня железа в кале;
- д) фиброгастроскопия.

362. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует

- а) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь;
- б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;
- в) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;
- г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;
- д) назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

363. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть: 1.

гиперволемию; 2. многоплодная беременность; 3. несовместимость с мужем по системе АВО; 4. имевшийся ранее латентный дефицит железа.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

364 Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся: 1. к своевременному переливанию цельной крови; 2. к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно; 3. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно; 4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

365 Для лечения дефицита железа следует назначить:

- а) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой;
- б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно;
- в) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;
- г) препараты железа внутрь на длительный срок;
- д) препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год.

366. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

- а) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;
- б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
- в) перелить эритроцитарную массу перед родами;
- г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek;
- д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов.

367. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

- а) желтуха;
- б) серая кайма на деснах;
- в) кровь в кале;
- г) почечная колика;
- д) гепатомегалия.

368 Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:

- а) гиперхромия эритроцитов;
- б) высокий ретикулоцитоз;
- в) базофильная пунктация эритроцитов;
- г) появление шизопитов;
- д) сочетание с эозинофилией.

369. При свинцовом отравлении назначают: 1. плазмаферез; 2. гипотензивные и мочегонные средства; 3. комплексоны; 4. соли калия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

370. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии

- а) гиперхромия эритроцитов;
- б) микроцитоз эритроцитов;
- в) глюкозурия;
- г) гиперурикемия;
- д) лейкоцитоз.

371. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:
- а) 1 месяц;
 - б) 2-3 года;
 - в) 5 лет;
 - г) неделю;
 - д) 6 месяцев.
372. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:
- а) хромота;
 - б) боли за грудиной;
 - в) жжение языка;
 - г) близорукость;
 - д) тошнота.
373. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:
- а) гипертромбоцитоз;
 - б) лейкоцитоз;
 - в) увеличение СОЭ;
 - г) высокий цветной показатель;
 - д) лимфоцитоз.
374. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:
- а) всю жизнь;
 - б) до нормализации уровня гемоглобина;
 - в) 1 год;
 - г) 3 месяца;
 - д) курсами по три месяца два раза в год.
375. У больного апластической анемией: 1. печень и селезенка не увеличены; 2. печень и селезенка увеличены; 3. лимфоузлы не пальпируются; 4. лимфатические узлы увеличены.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
376. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:
- а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);
 - б) определение протромбинового времени;
 - в) проба Айви;
 - г) определение тромбинового времени;
 - д) определение уровня фибронектина.
377. К методам исследования резистентности микрососудов относятся:
- а) проба Кончаловского;
 - б) проба Дьюка;
 - в) определение времени по Ли-Уайту;
 - г) определение времени Квика (протромбинового времени);
 - д) определение свертывания крови с ядом эфы.
378. К антикоагулянтам прямого действия относится:
- а) фенилин;
 - б) гепарин;
 - в) свежемороженая плазма;
 - г) тиклид;
 - д) аминокaproновая кислота.
379. К антикоагулянтам непрямого действия относятся:
- а) фенилин;
 - б) гепарин;
 - в) свежемороженая плазма;
 - г) тиклид;
 - д) аминокaproновая кислота.
370. К антиагрегантам относятся:
- а) фенилин;
 - б) гепарин;

- в) тиклид;
- г) аминокaproновая кислота;
- д) ксантинол-никотинат.

380. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- а) гепарин;
- б) рекомбинантный антитромбин III;
- в) аминокaproновая кислота;
- г) тиклид;
- д) фибринолизин.

381 Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно: 1. развитие заболевания стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3. упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложноположительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

382. Для узловой эритемы характерно: 1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки; 2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов; 3. типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голени, бедер и ягодиц; 4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

383 Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. Диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктом деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

384. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, б-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

385. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к: 1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях; 2. снижению травматичности оперативных вмешательств; 3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами; 4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

386. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости эуглобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристоминцин-зависимой агрегации тромбоцитов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

387. Решающим признаком лейкомоидных реакций является: 1. непродолжительность; 2. прогрессирующее течение; 3. спонтанное выздоровление; 4. доброкачественность течения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

388. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при: 1. сепсисе; 2. остром лейкозе; 3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе); 4. остром воздействии радиации.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

389. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:

- а) 10-12 %;
- б) 20-40 %;
- в) 40-60 %;
- г) 60-80 %;
- д) 90 %.

390 Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:

- а) 10-12 %;
- б) 20-40 %;
- в) 40-60 %;
- г) 60-80 %;
- д) 90 %.

391 Небольшую цитопению могут вызвать:

- а) сульфаниламиды;
- б) мерказолил;
- в) миорелаксанты;
- г) антибиотики;
- д) мочегонные.

392. Клиническими симптомами анемической комы являются: 1. отеки; 2. тахикардия; 3. желтушность кожи; 4. снижение артериального давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

Б 1.Б.6.7
Эндокринные
заболевания

393. Сахарный диабет у подростков является результатом: 1. вирусного повреждения поджелудочной железы; 2. нарушения чувствительности рецепторов к инсулину; 3. нарушения биосинтеза инсулина; 4. аутоиммунного повреждения поджелудочной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

394. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является Результатом:

- а) жирового гепатоза;
- б) гепатита;
- в) цирроза;
- г) сердечной недостаточности;
- д) диабетической нефропатии.

395. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:

- а) 8,3-10,1 ммоль/л;
- б) 6,2-9,3 ммоль/л;
- в) 2,7-5,5 ммоль/л;
- г) 3,8-6,7 ммоль/л;
- д) 3,3-5,5 ммоль/л.

396. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- а) 8,43 ммоль/л;
- б) 7,22 ммоль/л;
- в) 9,6 ммоль/л;
- г) 10,1 ммоль/л;
- д) 7,8 ммоль/л.

397 Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования: 1. тест толерантности к глюкозе; 2. глюкозокортикоидную пробу; 3. исследование пробным завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови; 4. УЗИ поджелудочной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

398 Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

399. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает: 1. диабетическую ретинопатию; 2. блефарит; 3. ячмень; 4. дистрофические изменения роговицы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

400. Сахарный диабет II типа характеризуется: 1. повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме; 2. отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами; 3.

отсутствием склонности к кетоацидозу; 4. наличием антител к инсулинообразующим клеткам островков поджелудочной железы; 5. нормальным состоянием инсулиновых рецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

401. Наименьшим антигенным свойством обладает: 1. инсулин крупного рогатого скота; 2. китовый инсулин; 3. овечий инсулин; 4. свиной инсулин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

402 Уровень гликемии натощак при сахарном диабете "беременности", при котором не следует назначать инсулин:

- а) 11,1 ммоль/л;
- б) 3,8 ммоль/л;
- в) 6,7 ммоль/л;
- г) 5,5 ммоль/л;
- д) 7,4 ммоль/л.

403 Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет:

- а) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- б) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- в) 0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности
- д) 0,6 ЕД на 1 кг массы тела в сутки.

404. К инсулинам суточного действия относятся: 1. "ультраленте"; 2. протафан; 3. ультратард; 4. монотард; 5. инсулин Б.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

405. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано при: 1. диабетической ретинопатии I стадии; 2. диабетической нефропатии III стадии; 3. перенесенном гепатите; 4. сахарном диабете II типа средней тяжести.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

406. Показанием к применению бигуанидов является: 1. сахарный диабет II типа в сочетании с ожирением; 2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией; 3. ожирение; 4. сахарный диабет I типа.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

407. К побочным явлениям бигуанидов относятся: 1. молочнокислый ацидоз; 2. диспепсические явления; 3. аллергические кожные реакции; 4. тахикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

- г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
408. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем:
а) 50 % от суточной дозы;
б) 70 % от суточной дозы;
в) 30 % от суточной дозы;
г) 10 % от суточной дозы;
д) 25 % от суточной дозы.
- 409.. Ожирение является фактором риска для: 1. сахарного диабета; 2. атеросклероза; 3 желчно-каменной болезни; 4. почечно-каменной болезни; 5. хронического гастрита.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.
- 410 Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны: 1. похудание; 2. постоянное сердцебиение; 3. общий гипергидроз; 4. дрожание конечностей, мышечная слабость.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
411. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться: 1. b-адреноблокаторы; 2. глюкокортикоиды; 3 мерказолил; 4. верошпирон.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 412 Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является:
а) оперативное лечение;
б) лечение I¹³¹J;
в) лечение мерказолилом;
г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами;
д) лечение глюкокортикоидами.
413. Для аутоиммунного тиреоидита характерно: 1. повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы; 2. увеличение шейных лимфатических узлов; 3. равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы; 4. повышение температуры тела.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
414. Для подострого тиреоидита характерно: 1. выраженный болевой синдром; 2. лейкоцитоз, увеличения СОЭ; 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам; 4. экзофтальм.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
415. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1. определение тироксина (Т₄); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т₃); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 5. определение основного обмена.
Выберите правильный ответ по схеме:

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

416 Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

417. Для гипотиреоза характерно: 1. сухость кожных покровов; 2. склонность к запорам; 3. сонливость; 4. брадикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

418. Для лечения гипотиреоза применяют: 1. тиреоидин; 2. тироксин; 3. трийодтиронин; 4. мерказолил.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

419. Для диагностики феохромоцитомы применяют: 1. исследование катехоламиноп в суточной моче; 2. аортографию; 3. исследование катехоламинов в венозной крови; 4. пробу с АКТГ.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

420 Для болезни Иценко Кушинга характерно: 1. истончение конечностей 2. атрофия мышц ягодичной области; 3. наличие стрий; 4. выпадение волос на лобке в подмышечных областях.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

421. 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 крови; 5. проба с АКТГ.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

422. Для активной стадии акромегалии характерно: 1. нарушение углеводного обмена; 2. повышение уровня соматомедина С в крови; 3 артропатия; 4 гипертрофия мягких тканей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

423. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть: 1. травма черепа с последующим кровоизлиянием; 2. опухоль турецкого седла; 3. туберкулез; 4. менингоэнцефалит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

424. Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать с: 1. неврогенной анорексией; 2. аддисоновой болезнью; 3. первичным гипотиреозом; 4. первичным гипогонадизмом;

Выберите правильный ответ по схеме:

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

425. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка: 1. адренокортикотропного гормона (АКЛГ), соматотропного гормона (СТг); 2. тиреотропного гормона (ТТГ); 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); 4. пролактина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

426. Для аддисоновой болезни характерны: 1. пигментация; 2. артериальная гипотензия; 3. похудание; 4. аменорея; 5. повышение основного обмена.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

427. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать: 1. гидрокортизон сукцинат (внутривенно); 2. докса (внутримышечно); 3. физиологический раствор с глюкозой (внутривенно); 4. докса (сублингвально).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

428. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение:

- а) докса;
- б) кортизона;
- в) преднизолона;
- г) триамсинолона;
- д) дексаметазона.

429. Для первичного альдостеронизма характерны: 1. положительная проба с верошпироном; 2. гиперкалиемия; 3. гипокалиемия; 4. отсутствие изменений на ЭКГ.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

430 Для аденогенитального синдрома у взрослых женщин характерно: 1. гермафродитного строения наружных гениталий; 2. изменения кровяного давления; 3. нарушения менструаций (гипоаменореи); 4. гирсутизма.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

431 Климактерический период характеризуется: 1. вегетативно-сосудистыми нарушениями; 2. кожными высыпаниями; 3. нейропсихическими расстройствами; 4. диспепсическими расстройствами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

432. Климактерический период может сопровождаться: 1. приливами; 2. болью в сердце; 3. чувством нехватки воздуха; 4. диэнцефальными кризами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

433 Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют: 1. седативные средства; 2. препараты, снижающие тонус симпатической нервной системы; 3. малые дозы эстрогенов или андрогенов; 4. блокаторы функции щитовидной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

434 При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение: 1. индерала; 2. эрготамина; 3. препаратов калия; 4. климактерина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

435 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 раствора глюкозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

436. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно: 1. гликемия натощак 5,5 ммоль/л; 2. гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л; 3. отсутствие глюкозурии; 4. отсутствие ацетонурии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

	<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>437. Для тяжелой формы болезни Иценко-Кушинга характерно: 1. прогрессирующая мышечная слабость; 2. патологические переломы костей; 3. сердечно-легочная недостаточность; 4. тяжелые психические расстройства. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>438 Для острой недостаточности надпочечников характерно: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. гипогликемия. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>439. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны: 1. гиперосмолярность; 2. гипергликемия; 3. гипернатриемия; 4. дыхание типа Куссмауля; 5. кетоацидоз. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.</p> <p>440. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. низкий уровень сахара в крови. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</p>	<p>441. Отличительная особенность периода клинической смерти - возможность полного восстановления функции: а) дыхания; б) сердечно-сосудистой системы; в) коры головного мозга; г) правильно: а), б); д) правильно: а), б), в).</p> <p>442. Продолжительность периода клинической смерти: а) 3-4 мин. при гипотермии; б) 4-6 мин. при нормотермии; в) 20-30 мин. при гипотермии; г) 5-10 мин. при гипертермии; д) если правильны ответы б) и в). е) если правильны ответы а) и г).</p> <p>443. Признаками внезапной остановки кровообращения являются: 1-двусторонний ареактивный мидриаз; 2-отсутствие пульса на сонной артерии; 3-отсутствие самостоятельного дыхания; 4-отсутствие сознания; 5-сужение зрачков; 6-судороги. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2, 3, 4; б) если правильны ответы 1, 2, 4, 6;</p>

- в) если правильны ответы 2, 3, 4, 5;
- г) если правильные ответы 2, 3, 4, 6;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 6.

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

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

445. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: 1. сужение зрачков; 2. появление пульса на сонной артерии; 3. потепление кожных покровов, исчезновение цианоза; 4. появление отдельных спонтанных вдохов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

446. Этап элементарного поддержания жизни легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. проведения непрямого массажа сердца; 4. промывания желудка.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

447.. Осложнениями внутрисердечного введения адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации являются: 1. ранение коронарной артерии; 2. пневмоторакс; 3. введение препарата в миокард; 4. плеврит; 5. тампонада сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

448. При остановке кровообращения развивается:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

449. Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают:

- а) барбитураты;
- б) эфир;
- в) фторотан;
- г) гипертермия;
- д) гелий-терапия.

450. При жизнеугрожающем обострении бронхиальной астмы необходимо назначить: 1. ингаляции сальбутамола через небулайзер; 2. ингаляции ипратропиума бромидом через небулайзер; 3. внутривенно кортикостероиды; 4. ингаляции сальбутамола через спейсер; 5. кортикостероиды перорально.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

451. Показанием к переводу больного на ИВЛ является: 1. $SpO_2 < 90\%$, цианоз; 2. угроза остановки дыхания; 3. отсутствие сознания; 4. нестабильная гемодинамика ($ЧСС < 50$ или > 160 уд/мин; $САД < 90$ mmHg); 5. рефрактерная гипоксемия ($PaO_2 < 60$ mmHg на

фоне кислородотерапии $F_iO_2 > 0,6$).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5;
- в) если правильный ответ 1, 3, 4, 5, 6;
- г) если правильны ответы 1, 2, 5.
- д) если правильны ответы 2, 3, 4, 5, 6;

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

453. При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение: 1. атропина; 2. норадреналина; 3. изадрина; 4. трансвенозной электрокардиостимуляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

454. Клиническими признаками шока являются: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. тахикардия; 5. брадикардия; 6. увеличение пульсового давления; 7. уменьшение пульсового давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 7;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 5, 6;
- в) если правильны ответы 1, 2, 3, 5;
- г) если правильный ответ 1, 2, 3, 6;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 6.

456. При анафилактическом шоке показано:

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

457. Основным критерием постановки диагноза септический шок является: 1. наличие очага инфекции; 2. синдром системного воспалительного ответа; 3. полиорганная недостаточность; 4. гипотония, нуждающаяся в назначении вазопрессоров.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

459. 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:

- а) ясное сознание;

- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

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

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

461. Признаками гипоксемии являются: 1. ухудшение памяти; 2. тахикардия, гипотония; 3. полицитемия, легочная гипертензия; 4. отек мозга; 5. хлопающий тремор; 6. цианоз.

- а) если правильны ответы 1, 2, 4, 5;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 5;
- в) если правильны ответы 1, 2, 3, 6;
- г) если правильны ответы 1, 2, 5, 6;
- д) если правильны ответы 1, 3, 4, 6

462. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

- а) снижение артериального давления;
- б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);
- в) снижение ЦВД;
- г) анемия;
- д) полицитемия.

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

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

464. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

- а) коллапс легкого;
- б) наличие воздуха в плевральной полости;
- в) смещение средостения в здоровую сторону;
- г) повышение прозрачности легочного поля;
- д) исчезновение сосудистого рисунка.

465. Диагноз тяжелой дыхательной недостаточности (ДН III) устанавливается при:

- а) $P_{aO_2} < 60 \text{ mmHg}$ и $S_{aO_2} < 75 \%$;
- б) $P_{aO_2} < 40 \text{ mmHg}$ и $S_{aO_2} < 90 \%$;
- в) $P_{aO_2} < 40 \text{ mmHg}$ или $S_{aO_2} > 90 \%$;
- г) $P_{aO_2} < 60 \text{ mmHg}$ или $S_{aO_2} > 90 \%$;
- д) $P_{aO_2} < 40 \text{ mmHg}$ и $S_{aO_2} < 75 \%$;

466. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:

- а) 70 %;
- б) 80 %;
- в) 90 %;
- г) 100 %;
- д) 60 %.

457. Компоненты крови (эритроцитарная масса, плазма) появляются в схемах инфузионно-трансфузионной терапии острой кровопотери при объеме кровопотери более:

- а) 10 % объема циркулирующей крови;
- б) 30 % объема циркулирующей крови;

	<p>в) 40 % объема циркулирующей крови; д) 50 % объема циркулирующей крови;</p> <p>458. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является: а) норадреналин; б) преднизолон; в) хлористый кальций; г) димедрол; д) адреналин.</p> <p>459. После первичной остановки сердца сознание исчезает через: а) 10 с; б) 30 с; в) 60 с; г) 3 мин; д) 5 мин.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Поликлиническая терапия</p>	<p>460. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают: а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; в) все случаи заболеваемости; г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности; д) наличие инфекционного заболевания.</p> <p>461. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является: а) листок временной нетрудоспособности; б) случай временной нетрудоспособности; в) первичное заболевание; г) впервые выявленное в данном году заболевание; д) справка о временной нетрудоспособности.</p> <p>462. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является: а) листок временной нетрудоспособности; б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней; в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц; г) характер патологического процесса; д) наличие сопутствующих заболеваний.</p> <p>464. Работающему инвалиду 3 группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением заболевания, которое явилось причиной инвалидности, листок нетрудоспособности может быть выдан: а) на 1 месяц; б) на 2 месяца; в) на 3 месяца; г) на 4 месяца; д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза.</p> <p>465. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении листка нетрудоспособности: а) выезд в другую местность; б) отказ от госпитализации; в) отказ от направления на МСЭК; г) неявка в назначенный день на МСЭК; д) явка на прием врача в состоянии опьянения.</p> <p>466. Больной Ю. 38 лет, формовщик, от направления на МСЭК категорически отказался. В листке нетрудоспособности указана дата направления на МСЭК - 25.01 и сделана отметка о нарушении режима с 25.01 "Отказ от направления на МСЭК". Документы больного были пересланы в экспертную комиссию и зарегистрированы 28.01. Больной на освидетельствование на МСЭК явился лишь 15.02., где признан инвалидом III группы. Укажите, каким числом лечебное учреждение должно закрыть листок нетрудоспособности в данном случае: а) признан инвалидом III группы 25.01;</p>

- б) признан инвалидом III группы 28.01;
- в) признан инвалидом III группы 15.02;
- г) приступить к работе 16.02;
- д) направить на дообследование 25.01.

467. Не имеет права выдачи листка нетрудоспособности врач;

- а) военного госпиталя;
- б) приемного отделения больницы;
- в) скорой помощи;
- г) травматологического пункта (поликлиники);
- д) участковый терапевт;
- е) а, б, д;
- ж) б, в;
- з) в, г.

468. Не имеют права выдачи листков нетрудоспособности врачи: 1. государственной системы здравоохранения; 2. частно практикующие врачи; 3. муниципальной системы здравоохранения; 4. учреждений санитарно эпидемиологического надзора.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

469. Максимально допустимый срок, в который первичная МСЭК передает заявление инвалида, не согласного с ее решением, в вышестоящую МСЭК:

- а) до 3 дней;
- б) до 10 дней;
- в) до 20 дней;
- г) до 30 дней;
- д) 2 месяца.

470. Максимально допустимый срок, в который вышестоящая МСЭК должна пересмотреть решение первичной МСЭК по жалобе больного:

- а) в течение 1 месяца;
- б) в течение 2 месяцев;
- в) в течение 3 месяцев;
- г) в течение 6 месяцев;
- д) в течение 9 месяцев.

471. При incurable злокачественных новообразованиях, впервые диагностируемых, I группа инвалидности устанавливается:

- а) на 6 месяцев;
- б) на 1 год;
- в) на 2 года;
- г) на 3 года;
- д) бессрочно.

472. Больному, перенесшему пульмонэктомию, II группу инвалидности устанавливают:

- а) на 1 год;
- б) на 2 года;
- в) на 6 месяцев;
- г) без указания срока переосвидетельствования;
- д) на 9 месяцев.

474. Из перечисленного контингента имеют право на получение листка нетрудоспособности при временной нетрудоспособности, обусловленной заболеванием или травмой: 1. лица, условно освобожденные из мест лишения свободы; 2. лица, находящиеся под арестом; 3. лица, находившиеся на судебно-медицинской экспертизе; 4. лица, направленные на принудительное лечение по определению народного суда.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

474. Иностранным гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:

- а) выдается справка произвольной формы;
- б) выдается листок нетрудоспособности;
- в) не выдается никакой документ;
- г) выдается справка определенной формы;
- д) выдается специальный документ.

475. Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан листок нетрудоспособности трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:

- а) колоноскопия;
- б) дуоденальное зондирование;
- в) рентгеноскопия грудной клетки;
- г) подбор контактных линз;
- д) ЭХО-КГ.

476. Временная нетрудоспособность, превышающая 1 месяц, возникла в течение первого месяца после увольнения с работы. Листок нетрудоспособности в этом случае не может быть выдан:

- а) если человек уволился по собственному желанию;
- б) если увольнение произошло по сокращению штатов;
- в) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт;
- г) многодетной матери по уходу за детьми;
- д) если человек призван на военную службу.

477. Для удостоверения временной нетрудоспособности иностранным гражданам в период их пребывания в нашей стране (в командировке, санатории и др.) выдается: 1. листок нетрудоспособности; 2. справка ф. 095/у; 3. справка произвольной формы; 4. специальный листок нетрудоспособности.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

478. Бывшему военнослужащему при заболевании его в течение первого месяца после увольнения из рядов Российской армии по окончании срока срочной службы для удостоверения временной нетрудоспособности: 1. выдается справка лечебного учреждения произвольной формы; 2. выдается листок нетрудоспособности; 3. выдается справка ф. 095/у; 4. ничего не выдается:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

488. При выписке больничного листа матери, по уходу за больным ребенком в месте ее временного проживания с ним (иностранной) виза администрации:

- а) ставится в 1-й день, при выдаче листка нетрудоспособности;
- б) ставится на 3-й день, при продолжении листка нетрудоспособности;
- в) ставится на 6-й день, при выписке больного на работу;
- г) ставится в любой день при закрытии листка нетрудоспособности;
- д) не ставится вообще.

489. В случае болезни матери уход за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет другой взрослый член семьи, которому: 1. выдается справка; 2. выдается справка произвольной формы; 3. никакой документ не выдается; 4. выдается листок нетрудоспособности; 5. выдается справка ф. 095/у.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

490 Инвалид III группы, инвалидность установлена в связи с бронхиальной астмой средней тяжести. Причина инвалидности - профессиональное заболевание. Работает в облегченных условиях в соответствии с рекомендацией МСЭК, временная утрата трудоспособности у него обусловлена обострением профессиональной бронхиальной астмы. Укажите вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного:

- а) общее заболевание;
- б) профессиональное заболевание;
- в) производственная травма;
- г) бытовая травма;
- д) прочерк.

491. При общем заболевании и необходимости в санаторно-курортном лечении больничный лист выдается работающему инвалиду в случае, если путевка:

- а) получена больным бесплатно, по линии Министерства социальной защиты РФ;
- б) получена из средств социального страхования;
- в) получена бесплатно из фонда предприятия;
- г) получена бесплатно из фонда государственного бюджета;
- д) приобретена за свой счет.

492. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:

- а) лечащий врач;
- б) заведующий отделением;
- в) заместитель главного врача по КЭР;
- г) ВК - врачебная комиссия;
- д) главный врач.

493. Больной М. 18 лет, слесарь по ремонту телевизоров, направлен врачебной комиссией из военкомата (как призывник) на стационарное обследование, где диагностирован: "Ревматизм, активная фаза, недостаточность двустворчатого клапана". На период обследования призывник получает:

- а) справку произвольной формы, выданную поликлиникой;
- б) листок нетрудоспособности, выданный стационаром;
- в) листок нетрудоспособности, выданной поликлиникой;
- г) справку произвольной формы, выданную стационаром;
- д) справку, выданную военкоматом.

494. Больной З. 54 года, маляр, как длительно болеющий впервые, направлен на мсэк 15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом 3 группы. Укажите, каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности:

- а) приступить к работе с 15.03;
- б) признан инвалидом III группы во МСЭК 16.03;
- в) признан инвалидом III группы во МСЭК 25.03;
- г) приступить к работе с 25.03;
- д) направить в стационар 25.03.

495 Запись ВК о том, что больной с профессиональным заболеванием или туберкулезом переводится на облегченную работу на срок 10 дней, производится на лицевой части листка нетрудоспособности:

- а) в графе "освобождение от работы";
- б) в графе "режим";
- в) в графе "временно переведен на другую работу";
- г) в двух графах "режим" и "освобождение от работы" одновременно;
- д) в графе "место работы".

496. Листок нетрудоспособности выдается больному, при направлении его непосредственно из стационара в санаторий профсоюзов на весь срок лечения, т.е. без вычета продолжительности очередного и дополнительного отпусков при:

- а) туберкулезе;
- б) вибрационной болезни;
- в) остром инфаркте миокарда;
- г) гониме вследствие производственной травмы;

д) ОРЗ.

497. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска: 1. выдается листок нетрудоспособности; 2. выдается справка произвольной формы; 3. продлевается листок нетрудоспособности; 4. никакой документ не выдается.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

498. При выдаче листка нетрудоспособности (справки) врачи руководствуются:

- а) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях;
- б) основами Законодательства об охране здоровья граждан;
- в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- г) другими документами;
- д) основными статьями Конституции РФ.

499. Укажите число существующих уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) 2;
- б) 3;
- в) 5;
- г) 7;
- д) 9.

500. Второй уровень экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется:

- а) осмотром лечащего врача;
- б) консультацией заведующего отделением;
- в) осмотром заместителем главного врача по клиничко-экспертной работе;
- г) представлением на врачебную комиссию ЛПУ;
- д) консилиумом с привлечением доктора медицинских наук.

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Болезни сердечно-сосудистой системы</p>	<p>Задача 1. Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, периодически-колющими болями в области сердца. Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 6 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивные препараты не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Данные лабораторных исследований: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, рСКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки, уровень мочевой кислоты в крови – 0,62 ммоль/л.</p> <p>Проведите клиническую оценку полученных результатов и предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p>Задача 2. Мужчина 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Кроме того, отмечает периодическое повышение АД до 150-160/100-110 мм рт. ст.</p> <p>В возрасте от пяти до 30 лет профессионально занимался футболом, до 34 лет был тренером, с 35 лет - бизнесмен. Курит последние 5 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Любит острое, солонное, копченое. Пьет более 1,5 л жидкости в сутки. Любит рыбную ловлю, подвижный отдых на природе. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>При осмотре: умеренная гиперемия лица, нормостеник, ИМТ - 30,2 кг/м². Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижних отделах. При аускультации 1-ый тон ослаблен, акцент 2-го тона на аорте. АД - 170/95 мм рт. ст. (симметрично), пульс - ритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., при пальпации безболезненная.</p> <p>Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: эритроциты 5,5 x 10¹²/л, Нб – 147 г/л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 6,8 x 10⁹/л, СОЭ 7 мм/час.</p> <p>Общий холестерин -8,4 ммоль/л, глюкоза плазмы крови натощак -6,8 ммоль/л, на ЭКГ – ритм синусовый, правильный, признаки гипертрофии левого желудочка. По данным УЗИ почек и органов брюшной полости: умеренно выраженное увеличение размеров печени без изменения ее структуры.</p> <p>Задача 3. Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа.</p> <p>Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.</p> <p>При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м². Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 152 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%, лейкоциты -11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты -18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ -12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин –89 ммоль/л, общий билирубин –16 ммоль/л.</p> <p>На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p>
--	--

Б 1.Б.6.2
Ревматические
болезни

Задача 4. (Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЩП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.)

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: $\alpha 1$ – 6%, $\alpha 2$ – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЩП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистевидных просветлений. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

Задача 5. (Антифосфолипидный синдром (АФС) с развитием тромбозов с ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, транзиторная ишемическая атака (анамнестически). Вторичная тромбоцитопения. Сетчатое ливедо.) Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Клинический анализ крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $100 \times 10^9/л$, СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц). Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор. 5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте.

Задача 6. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области щек, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, $\alpha 1$ – 4%, $\alpha 2$ – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$

	<p>/л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Болезни органов дыхания</p>	<p>Задача 7. Мужчина, 45 лет, поступил на стационарное лечение в тяжелом состоянии с жалобами на выраженную экспираторную одышку при малейшей физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты до 20-30 мл в сутки, тахикардию, общую слабость, снижение аппетита, боль в правом подреберье, значительные отеки на нижних конечностях. Кашель отмечает многие годы, связывает с курением, одышка - последние 3-5 лет. Ухудшение состояния около двух недель, стала нарастать одышка, появилась субфебрильная температура до 37,5 С. Курит с детства (с 12 лет), в последние годы до 1,5 пачки сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Не работает.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Диффузный цианоз. Положение в постели вынужденное - сидит с опущенными на пол ногами. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс - 108 в 1 мин, ритмичный. При аускультации тоны приглушены, ритмичные, акцент II на легочной артерии. ЧДД - 28 в 1 мин. При перкуссии - над легкими коробочный звук, при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные сухие хрипы. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, болезненный. Отеки стоп и голеней.</p> <p>Данные лабораторных исследований: Общий анализ крови: Ег - $5,5 \times 10^{12}/л$, НЬ - 162 г/л, цв. п. - 0, 89, L - $8,5 \times 10^9/л$, э. - 0, п. - 2, с. - 79, л. - 19, м. - 3, СОЭ - 22 мм/ч, Тг - $240,0 \times 10^9$, Общий анализ мокроты: зеленая, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зрения, МБТ не обнаружены. Газы крови: рО₂ - 58 мм рт.ст.; рСО₂ - 56 мм рт.ст., рН - 7,33. Данные инструментальных исследований: ФВД: ЖЕЛ 2,1 л (66 % от N), ОФВ₁ 1,8 л (30 % от N). ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, инфильтрация не выявляется.</p> <p>Задача 8. Больной Д., 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы: на боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до 39,5°С с ознобом, резкую общую слабость, головную боль. Заболел остро. После принятия ванны лег спать у открытого окна. Проснулся от озноба. Утром повысилась температура до 40°С, появились сухой кашель, боль в грудной клетке справа, общая слабость. Объективно: при осмотре определяются гиперемия щек, более выраженная справа, акроцианоз. Дыхание поверхностное - 32 в минуту. При осмотре грудная клетка справа отстает при дыхании. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, в подмышечной области и спереди от 4-го ребра и ниже, дыхание в этой области ослаблено. Аускультативно над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД - 95/65 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии нет.</p> <p>Задача 9. Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями вентолина, уменьшение времени между ингаляциями бронхолитика, на одышку при незначительной физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость.</p> <p>У пациентки с 4 лет рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет прием аспирина вызывал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 8 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-4 дней, связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе.</p> <p>Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.</p> <p>При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Конституция гиперстеническая, лицо лунообразное, гирсутизм. На коже передней брюшной стенки - розовые стрии. Кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка цилиндрическая с увеличением передне-заднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. ЧД - 26 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинен, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, тахикардия до 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт.ст.</p> <p>При пальпации живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - $8,5 \times 10^9/л$: эозинофилы - 12 %, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 8 мм/ч.</p> <p>Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, расширены, умеренный пневмофиброз.</p> <p>ЭКГ: высокий остроконечный зубец P в отведениях I, II. Увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V₁₋₂) и амплитуды S в левых грудных отведениях (V₅₋₆).</p>

Б 1.Б.6.4
Болезни органов
пищеварения

Задача 10(Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст)
Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×10⁹ /л, лейкоциты – 3,2×10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроэноскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Задача 11(Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.)

. Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 4,2×10¹²/л, лейкоциты - 8,6×10⁹ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходит, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор

Задача 12(. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.)

Основная часть Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с

	<p>примесь алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появления которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотнoэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10х7 см и 6×4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 ×10¹²/л, Hb = 103 г/л, MCH 23p/g, MCHC– 300 g/l , лейкоциты = 12,6×10⁹/л. СОЭ = 38 мм/час. Кoproграмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30 40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.5 Болезни почек</p>	<p>Задача 13.Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).</p> <p>Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жёлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м² . Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×10¹²/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×10⁹ /л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×10⁹ /л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРП) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жёлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.</p> <p>Задача 14(Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения,</p>

	<p>рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП I ст)</p> <p>Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - 8,9×10⁹/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м². Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.</p> <p>Задача 15. (Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.)</p> <p>Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомами ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок везикулярно и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×10¹²/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10⁹/л, лейкоциты - 10,7×10⁹/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12- 20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α1 - 3,5%, α2 - 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. 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.</p>
<p>В 1.Б.6.6 Болезни органов кровотворения</p>	<p>Задача 16. (Хронический лимфолейкоз, II стадия по Rai).</p> <p>На приёме у врача-терапевта участковому в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×10¹²/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10⁹/л, лейкоциты – 39×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%,</p>

	<p>СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина Гумпрехта – 1-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? 4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного. 5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения</p> <p>Задача 17(Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голени.) Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста. При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голени – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Назовите критерии основного диагноза. 3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи. 4. Составьте план дополнительных методов обследования. 5. Выберите лечебную тактику.</p> <p>Задача 18.(В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA). Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру. Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит. При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голени. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей. Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях. Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $150 \times 10^9 /л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота. Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Составьте план лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Эндокринные заболевания</p>	<p>Задача 19(Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м²). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени, риск 3. Целевой уровень НвА1с<6,5%) На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастают в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена. Общий анализ крови: эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×10^{12}, лейкоциты - $6,1 \times 10^9$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73. Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение. 5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?</p> <p>Задача 20. (Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова). На приёме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание её коллеги. Симптомы нарастают в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С. Имеет место двухсторонний</p>

	<p>экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте предполагаемый диагноз. 3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза? 4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза? 5. Каковы принципы лечения данной пациентки?</p> <p>Задача 21(Акромегалия) Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами. При осмотре: подчеркнута крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная. Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л. Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</p>	<p>Задача 22. Задача № 12 (Анафилактический шок).</p> <p>Больной М, 21 год, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6. Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, сердцебиение, чувство жара во всем теле, беспокойство, головная боль, затрудненное дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. 1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2.Тактика ведения больного. 3.Неотложная терапия</p> <p>Задача 23.(Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек)</p> <p>В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×10⁹/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: РН - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; ВЕ - 10. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Назовите критерии основного диагноза. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.</p>
<p>Г Б 1.Б.6.9 Геронтология и гериатрия</p>	<p>Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитроглицерина и при прекращении нагрузки. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма раствора соды, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрной окраски стула в течение 2-х суток. В возрасте 50 лет диагностировали язвенную болезнь 12-перстной кишки, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался.</p>

Больной страдает ИБС; 8 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда, проведена операция реваскуляризации миокарда - стентирование коронарных артерий (установлено 2 стента с лекарственным покрытием). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, АСК и клопидогрел. Последние 2 месяца прекратил приём розувастатина.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/66 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb-93 г/л, MCV 82 fl, MCH 28 pg, ретикулоциты – 8%, RDW 18%, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 18 мм/час. Общий холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, ЛПВП 0,87 ммоль/л, ЛПНП 4,45 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 88 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Профилактика.

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, отеки в области лодыжек.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес инфаркт. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области лодыжек к вечеру.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 72 в мин. АД – 132/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной

консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. ОАК: эритроциты $3,89 \times 10^{12}/л$, Hb-113 г/л, MCV 78 fl, MCH 26 pg, RDW 18%, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 18 мм/час. Глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л; ферритин сыворотки 18 мкг/л. ЭКГ: ритм синусовый 68 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и лечения.
4. Какие рекомендации, касающиеся немедикаментозного лечения и реабилитации, необходимо дать пациенту?

Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд. Больной себя считает в течение недели, когда во время работы на даче появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала

	<p>диклофенак – с незначительным эффектом.</p> <p>Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу миомы матки), хирургическая менопауза. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчеркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 136/70 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – $267 \times 10^9/л$, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л.</p> <p>На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.</p> <p>По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,4, в шейке бедра показатель Т-критерия -2,5.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов. 5. Рекомендации по реабилитации и вторичной профилактике?
<p>Б 1.Б.6.10 Поликлиническая терапия</p>	<p>На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент А. 60 лет с просьбой оформить справку для получения путёвки. Со слов пациента, в последний раз обращался в медицинскую организацию два года назад для оформления медицинской справки на право владения оружием. Жалобы на боли в поясничной области, без чёткой связи с физической нагрузкой, незначительные дизурические расстройства, кашель с отхождением небольшого количества мокроты по утрам. Анамнез заболевания: наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. В медицинские организации обращается редко. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственный анамнез отягощён по онкологическим заболеваниям (ВЛ желудка у родного брата). Курит по 5 сигарет в день в течение 30 лет. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В зеве спокойно. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень по краю рёберной дуги. Стул - склонность к запорам. Диурез - периодически дизурические расстройства.</p> <p>Вопросы: 1. Определите объём обследования пациента. 2. Определите группу здоровья. 3. Составьте план диспансерного наблюдения. 4. Назовите возможные противопоказания для санаторно-курортного лечения. 5. Определите объём обследования для оформления санаторно-курортной карты.</p> <p>Пациент К. 74 лет. Жалобы на ухудшение самочувствия последние 2 недели: усиление одышки (появляется при незначительной физической нагрузке - умывании, одевании), «свист» в грудной клетке, кашель с мокротой желто-зеленого цвета (ее количество увеличилось последние 7-10 дней, повышение температуры до 37,8°C.</p> <p>Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет (связывал с курением) Последние 10 лет стал отмечать одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Данное ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась одышка. Лечился дома самостоятельно: азитромицин 500 мг 1 раз в день 5 дней, беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения.</p> <p>Анамнез жизни: курит 50 лет по 1-1,5 пачки в сутки, работает прорабом на стройке более 30 лет. Аллергоанамнез не отягощён.</p>

Объективно: кожные покровы влажные, гиперемия лица, цианоз губ. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. При аускультации легких – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нижних конечностей нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния (mMRS) - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета, лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По данным пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД: ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. План реабилитации, меры вторичной профилактики?

На приёме у врача пациентка 72 лет с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также повышенную потливость, слабость. Вышеуказанные жалобы появились около 3 мес назад, постепенно нарастают.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нв – 109 г/л, тромбоциты – $178 \times 10^9/л$, лейкоциты – $39 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 - 75

Хорошо (4)	76 - 90
Отлично (5)	91 - 100

12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Терапия»

Формируемые компетенции	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.

и по ФГОС		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
У	1	1-500	1-30	1-148
К	1	5,74,109,123,124,168,169,172,203, 216,260,261,267,269,274.310,381, 409	29	1,2,11,17,22,29,46,47, 49-51,53,54,111
	2	202	28	47,51,53,58,61,62,65, 68,72,74-77,109,143
	4	76		
	5	1-5,7,9-12,14, 17,18,20-23,26- 36,39-50,53-58,60-68,72,74,75, 77-93.95,97-108,110,112- 114,116-117, 120-139,141- 158,165-185,188,196,205- 209,216-220,223-252,254- 258,263,265,266,268,269, 274- 28,287-289,291- 302,304.307,309,311-313,315- 319,322, 326-352,357- 363,367,368,370-373,375- 377,381,382,384,386- 391,393- 400,402, 407,409,410,413- 417,420-426,429-432, 436-443, 445-448. 451, 454, 457-467,459	1-23,28	1,2,4-6,8,10,13- 16,20,23-28,30- 32,34-36,38-41,43- 46,48-53,55,59- 64,66-71,73,75- 80,82-96,98- 105,108,110- 112,114,116- 117,119- 121,123.125-138
	6	2,6- 8,13,,15,16,19,24,25,37,38,44,51,5 2,69- 71,73,94,96,99,109,111,115,117- 119,140,146,159- 164,186,187,189-195,197-200, 203,204,210- 215,221,222,253,259,260,262,264, 267, 270-272,286,287,290,296, 297,303,305,306,308,310,313,314, 320,321,323-325,356,364- 366,369,374,378-380,383,385, 391,392,401- 408,411,412,418,419,427,428,433 -435,444-445, 447, 449-453, 456- 458	1-23	1,3,4,5,7-9,11- 16,19.21,22,24,29,3 3,37-39,41,42.47.48- 54,56-61,63,65- 70,72,74,75-98,100- 10,105-109,111- 113.115-118,120- 128,130-135
	8	201,261, 273, 356	28	1,9.141
	9			54,91

	10	460-500	51,58,61,62,65,72,74,76,77,109.139-140,142,144
	11		145,146

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Болезни сердечно-сосудистой системы	84
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Ревматические болезни	44
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Болезни органов дыхания	50
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Болезни органов пищеварения	48
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Болезни почек	18
<i>Б 1.Б.6.6</i>	Болезни органов кроветворения	36
<i>Б 1.Б.6.7</i>	Эндокринные заболевания	12
<i>Б 1.Б.6.8</i>	Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.	8
<i>Б 1.Б.6.9</i>	Геронтология и гериатрия	0
<i>Б 1.Б.6.10</i>	Поликлиническая терапия	24

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.6.1</i> Болезни сердечно-сосудистой системы	<ol style="list-style-type: none">1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии.2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС.3. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.4. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии,
---	---

- принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.
5. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС.
 6. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, 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.
 7. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта 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. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.
 11. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация степеней тяжести ХСН (NYHA). Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.
 12. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации.
 13. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям ВНОК. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.
 14. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного

	<p>препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.</p> <p>15. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ.</p> <p>16. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.</p> <p>17. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.</p> <p>18. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>19. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>20. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.</p> <p>21. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.</p> <p>22. Лечение пароксизмальных нарушений сердечного ритма.</p> <p>23. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардиальной полости: показания, техника, осложнения.</p> <p>24. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>25. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>26. Лечение фибрилляции предсердий: кардиоверсия (фармакологическая, электрическая), поддержание синусового ритма (общие принципы, выбор антиаритмических препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов), нефармакологические методы лечения, контроль частоты желудочковых сокращений и обоснование выбора препаратов, профилактика тромбоэмболических осложнений.</p> <p>27. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, НЦД).</p> <p>28. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных нарушений ритма.</p> <p>29. Дифференциальная диагностика кардиомегалий (пороки</p>
--	---

	<p>сердца, миокардиты, ИБС, кардиомиопатии).</p> <p>30. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.</p> <p>31. Гипертонические кризы. Неотложная терапия.</p> <p>32. Дифференциальная диагностика при тромбоэмболии легочной артерии. Лечение.</p> <p>33. Лечение кардиогенного шока.</p> <p>34. ДВС-синдром в клинике внутренних болезней. Принципы лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Ревматические болезни</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки. 2. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана. 3. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца. 5. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза. 6. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза. 7. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия. 8. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита. 9. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины 10. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов. 11. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов. 12. 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. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания. 13. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты. 14. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины. 15. Дифференциальная диагностика СКВ с другими

	<p>заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>16. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов.</p> <p>17. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Болезни органов дыхания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Европейского общества пульмонологов. Критерии диагноза пневмонии. 2.Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии. 3.Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика. 4.Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика. 5.Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений. 6.Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Клинические особенности заболевания, течение. Патогенетическая терапия с позиций доказательств. Профилактика. 7.Острый бронхит. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика. 8.Хронический бронхит (обструктивный и необструктивный) . Этиология, патогенез. Классификация, критерии диагностики, необходимый минимум диагностических обследований. Лечение хронического бронхита. Критерии эффективного контроля заболевания. Диспансеризация больных. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности. 9.Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Патогенетические основы терапии.

10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.
11. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.
12. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
13. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.
14. Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Клиника, диагностика. Неотложная терапия астматического статуса.
15. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.
16. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.
17. Плевральная пункция. Дифференциальная диагностика экссудатов и трансудатов.
18. Паранеопластические реакции в клинике внутренних болезней.
19. Рак легкого. Дифференциальная диагностика с туберкулезом, эхинококковой кистой, острой пневмонией.
20. Первичная легочная гипертензия. Клиника. Диагностика, Лечение.
21. Легочное кровоотечения. Причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Понятие о легочном сердце. Клиника острого и хронического легочного сердца различного генеза (бронхолегочного, васкулярного, торакодифрагмального). Инструментальные методы исследования (функция внешнего дыхания, функциональные пробы, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологические исследования).
23. Нагноительные заболевания легких. Клинические Формы. Тактика терапевта при бронхоэктатической болезни, абсцессе

	<p>легкого, эмпиеме плевры, гангрене легких</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Болезни органов пищеварения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно-трудовой экспертизы. 2. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины. 3. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. 4. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение геликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Принципы диспансеризации. Врачебно – трудовая экспертиза. 5. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения. 6. Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. 7. Дисфункция сфинктера Одди. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Лечение. 8. Синдром раздраженного кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. 9. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения. 10. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. 11. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины. 12. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения,

	<p>экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>13. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Морфологические критерии активности. Клиника, варианты течения, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>14. Цирроз печени: лечение, профилактика и лечение осложнений. Показания к госпитализации больных циррозом печени. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>15. ЖКБ: современное представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>16. Хронический холецистит: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>17. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, патоморфология. Клиника.</p> <p>18. Хронический панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>19. Дифференциальная диагностика при асците.</p> <p>20. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>21. Постгастрорезекционные синдромы в практике терапевта. Гастрит оперированного желудка. Анастомозит. Пептическая язва анастомоза, Демпинг-синдром. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Болезни почек</p>	<p>1. Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений.</p> <p>2. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>3. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых. Лечение.</p> <p>4. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>5. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p> <p>6. Нефротический синдром, этиопатогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>7. Дифференциальная диагностика заболеваний почек, сопровождающихся гематурией, протеинурией.</p>

Б 1.Б.6.6
Болезни органов
кроветворения

1. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
2. В₁₂ – фолиеводефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
3. Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.
4. Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
5. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
6. Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз. Терапия в свете доказательной медицины.
7. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
8. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.
9. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.
10. Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.
11. Перемежающая порфирия. Клиника и диагностика. Принципы лечения.
12. Кожные геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз.
13. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.
14. Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз.
15. Принципы терапии острых лейкозов.
16. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.
17. Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.
18. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.
19. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.
20. Хронический миелолейкоз. Роль Филадельфийской хромосомы в патогенезе заболевания. Клиника, диагностика, лечение в свете доказательной медицины.
21. Эритремия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечение. Техника кровопусканий.

Б 1.Б.6.7
Эндокринные
заболевания

1. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД (2016) и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.
2. 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.
3. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.
4. Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.
5. Синдром хронической передозировки инсулина, диагностика, лечение.
6. Современный 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).
11. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.
12. Классификация зоба. Диагностическое значение исследования уровней Т3, Т4, ТТГ. Практическая

	<p>ценность и информативность методов инструментальной диагностики при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ).</p> <p>13. Болезнь Грейвса. Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии болезни Грейвса. Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения.</p> <p>14. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика.</p> <p>15. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>16. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы, интерпретация и их значение в диф.диагностике.</p> <p>17. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения. Предоперационная подготовка.</p> <p>18. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>19. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма.</p> <p>20. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, клиника, осложнения. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе. 2. Тиреотоксический криз. Диагностика. Лечение. 3. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.
<p>Б 1.Б.6.10 Поликлиническая терапия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Временная нетрудоспособность, её виды. Документация временной нетрудоспособности (приказ Минздрава №206/21 от 19 октября 1994 года). 2. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности (приказ Минздрава №5, приложение 4 от 13.01.1995). 3. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп.

	<p>Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>4. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</p>
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.Б.6.1 Болезни сердечно-сосудистой системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. 2. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, 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. 3. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме. 4. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации. 5. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации. 6. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ. 7. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза. 8. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. 9. ДВС-синдром в клинике внутренних болезней. Принципы лечения.
--	--

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.2 Ревматические болезни</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки. 2. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки. 3. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза. 4. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия. 5. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита. 6. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины 7. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов. 8. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов. 9. 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. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания. 10. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты. 11. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов. 12. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.3 Болезни органов дыхания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика. 2. Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Клинические особенности заболевания, течение. Патогенетическая терапия с позиций доказательств. Профилактика. 3. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные

	<p>подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.</p> <p>4. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>5. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>6. Первичная легочная гипертензия. Клиника. Диагностика, Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Болезни органов пищеварения</p>	<p>1. Функциональная диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно трудовой экспертизы.</p> <p>2. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>3. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>4. Дисфункция сфинктера Одди. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Лечение.</p> <p>5. Синдром раздраженного кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>6. ЖКБ: современные представления об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>7. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>8. Постгастрорезекционные синдромы в практике терапевта. Гастрит оперированного желудка. Анастомозит. Пептическая язва анастомоза, Демпинг-синдром. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Болезни почек</p>	<p>1. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>2. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p> <p>3. Дифференциальная диагностика заболеваний почек,</p>

	сопровождающихся гематурией, протеинурией.
<p align="center">Б 1.Б.6.6 Болезни органов кровотворения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения. 2. Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. 3. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. 4. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения. 5. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения. 6. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения. 7. Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз. 8. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины. 9. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.
<p align="center">Б 1.Б.6.7 Эндокринные заболевания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов. 2. Современный 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. 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. 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. 5. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.

<p>Б 1.Б.6.8 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</p>	<p>1. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе. 2. Тиреотоксический криз. Диагностика. Лечение. 3. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Поликлиническая терапия</p>	<p>1. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов. 2. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</p>

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1 ПК-5 ПК-6
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1 ПК-5 ПК-6
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1 ПК-5 ПК-6
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1 ПК-5 ПК-6
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1 ПК-5 ПК-6
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1 ПК-5 ПК-6
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1 ПК-5 ПК-6
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1 ПК-5 ПК-6
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1 ПК-5 ПК-6

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ПК-5 ПК-6
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на	УК-1

	фантоме. Демонстрация.	ПК-5 ПК-6
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ПК-5 ПК-6
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ПК-5 ПК-6
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ПК-5 ПК-6
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1 ПК-5 ПК-6
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1 ПК-5 ПК-6
8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1 ПК-5 ПК-6
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1 ПК-5 ПК-6

Банк тестовых заданий

Примеры тестового контроля:

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
 - а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
 - б. **непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
 - в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
 - г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
 - д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку
 - е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"

2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение
 - а. **горизонтальное, на спине с твердой основой**
 - б. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
 - в. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
 - г. полусидя с валиком под лопатками
 - д. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

3. В преагональном состоянии артериальное давление составляет:
 - а) **60/20 мм рт.ст.**

- б) 40/0 мм рт.ст.
- в) не определяется
- г) 80/40 мм рт.ст.
- д) 90/45 мм рт.ст.

4. Выполнение коникотомии требуется в случае:

- а) остановки дыхания при электротравме
- б) остановки дыхания при утоплении
- в) отека легких
- г) остановки дыхания вследствие ЧМТ
- д) обтурации верхних дыхательных путей

5. Основными признаками клинической смерти являются:

- А) Нитевидный пульс на сонной артерии
- Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии
- В) Отсутствие пульса на бедренной артерии
- Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

- А) Пульс на сонной артерии во время массажа
- Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа
- В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии
- Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- А) 0,5 мл 0,1 % раствора
- Б) 1,0 мл 0,1% раствора
- В) 3 мл 0,1% раствора
- Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

- А) Синусовая брадикардия
- Б) Мерцательная аритмия
- В) Желудочковая экстрасистолия
- Г) Фибрилляция желудочков

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков
- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) Всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) Запястьями, не сгибая рук в локтях
- Г) Запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания

- В) По степени угнетения рефлексов
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония
- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта
- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- в. 4-5 таблеток глюкозы
- г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

88. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

20. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

21. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

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

22. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

23. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

24. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоз легочной артерии
- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

25. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада
- г. экстремальная синусовая брадикардия

26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях

- б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- в. запястьями, не сгибая рук в локтях
- г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

Банк ситуационных клинических задач

Клиническая задача № 1

Мужчина 75 лет предъявляет **жалобы** на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после повышения АД до 220/90 мм рт.ст. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина и 1 таблетку каптоприла 25 мг – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 20 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 40 лет.

При объективном обследовании: состояния средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слегка ослаблено, единичные влажные хрипы ниже угла лопаток. ЧДД 22 в мин. SpO₂ 93%. Тоны сердца ослаблены, учащены, ритм правильный, АД – 140/76 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 91 в мин. ЭОС отклонена влево. В отведениях II, III, aVF определяется подъем сегмента ST до 4 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие дополнительные обследования показаны пациенту

Клиническая задача № 2

Больная Н. 73 лет, пенсионерка, обратилась на прием к врачу в сопровождении дочери. Предъявляет **жалобы** на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Дочь указывает на резкое появление и быстрое прогрессирование когнитивных нарушений у мамы (забывчива, теряется при пользовании бытовой техникой, временами не узнает близких), нарушений сна (отсутствие сна в ночное время), нарушений тазовых функций (недержание мочи и кала).

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. На руках есть протокол ФГДС, выполненной в условиях частной клиники по инициативе дочери пациентки (заключение: атрофический гастрит).

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, учащены, ритм правильный. ЧСС – 97 в 1 мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – $76 \times 10^9/л$. СОЭ = 41 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

Клиническая задача № 3

Больной Ю. 74 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. **Жалобы** на головную боль, шум в ушах, тошноту.

Из анамнеза известно, что в течение более 20 лет более гипертонической болезнью, принимает эналаприл+гидрохлортиазид по 10+12,5 мг/сут. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 110/60 до 170/90 мм рт. ст). Сегодня утром появилась резкая головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, тошнота, однократно - рвота. Принимал каптоприл 25 мг, нифедипин 20 мг, без эффекта.

Объективно: сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках.

Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

Заключение ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой в передне-боковой области ЛЖ.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Рекомендации по дальнейшей плановой терапии?

Клиническая задача № 4

Пациент 72 лет с **жалобами** на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в привычном для него темпе через 50-70 м или при подъёме на 1 лестничный пролёт, проходящие через 3-5 мин покоя, после использования коротко действующих нитратов.

Из анамнеза заболевания: Боли за грудиной при повседневной физической нагрузке беспокоят более 10 лет, неоднократно обращался за мед.помощью, принимал регулярную терапию: периндоприл 5 мг в сут, метопролол тартрат ретард 50 мг сут, АСК 100 мг, аторвастатин 10 мг в сут. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда на фоне отмены терапии (уехал на дачу, забыл взять препараты плановой терапии) приступы загрудинных болей участились, стали возникать несколько раз в день, при меньших нагрузках, а также в покое.

Из анамнеза жизни известно, что больной страдает артериальной гипертензией длительное время, курит до 1 пачки сигарет в день в течение 50 лет.

Объективно: сознание ясное, гиперстенической конституции. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, учащены. ЧСС=ЧП= 90 ударов в минуту, АД - 170/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ. Депрессия сегмента ST на 2-3 мм косо нисходящего типа в отведениях I, II, aVL, V4-V6. В отведениях V1-V3 з.Т сглажены.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

Клиническая задача № 5

Пациент 74 лет поступает в стационар с жалобами на резкую слабость (дома в день обращения была кратковременная потеря сознания при вставании с постели), головокружение, давящие боли за грудиной.

Из анамнеза заболевания: резкое ухудшение самочувствия и появление выше описанных симптомов отмечено в течение нескольких часов. Накануне вечером был жидкий стул черной окраски.

Из анамнеза жизни: АГ в анамнезе более 20 лет. Пациент более 10 лет назад перенес ИМ. В течение 8 лет – постоянная форма фибрилляции предсердий. Регулярно принимал: периндоприл 4 мг, бисопролол 7,5 мг, дигоксин ½ табл., спиронолактон 25 мг, АСК 75 мг, дабигатран по 150 мг 2 раза в день, аторвастатин 20 мг.

В связи с обострением болевого синдрома в коленных суставах (остеоартроз коленных и тахобедренных суставов более 20 лет) в течение 14 последних дней принимал различные НПВП (диклофенак, ацеклофенак, кеторолак). За 2 дня до ухудшения состояния на семейном празднике выпил около 150 мл крепкого спиртного напитка.

Больше 20 лет лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, последние годы-без обострений.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, учащены, аритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту, ЧП 96 в мин. АД - 90/55 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

На ЭКГ: эктопический ритм, фибрилляция предсердий с ЧСЖ 110-150 в мин, средней ЧСЖ 130 в мин. Очаговые рубцовые изменения в задней стенке ЛЖ (патологический z.Q в отведениях III, aVF). Депрессия сегмента ST на 1 мм косо нисходящего типа в отведениях V4-V6.

Общий анализ крови (cito): эритроциты (RBC) – $2,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин (Hb) – 68 г/л, MCV – 84 fl, лейкоциты (WBC) – $5,9 \times 10^9$ /л.: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%,

сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – 190×10^9 / л.
СОЭ = 11 мм/час.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

Контроль освоения ординаторами компетенций

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-26	1-5	1-9	1-9	
ПК	5	1-26	1-5	1-9	1-9	
	6	1-26	1-5	1-9	1-9	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
------------	-------------	----------

	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	27
	Экстренная медицинская помощь	27

Вопросы и задания для самоконтроля:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неотложная помощь при ОНМК 2. Неотложная помощь при гипогликемии 3. Неотложная помощь при гипергликемии 4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) 8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС) 9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<ol style="list-style-type: none"> 1. Техника проведения сердечно-легочной реанимации
--

Темы рефератов

<ol style="list-style-type: none"> 1. «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» 2. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в эндокринологии» 3. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в гастроэнтерологии». 4. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиальной астмы (БОС)» 5. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с ОКС». 6. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи
--

- взрослому пациенту при спонтанном пневмотораксе»
7. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при ОНМК».
8. «Проведение искусственной вентиляции легких».

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1</i> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возбудитель туберкулёза и его свойства. 2. Источники, пути заражения туберкулёзом. 3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции. 4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулезом. 5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
<p><i>Б 1.В.ОД.1.2</i> Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети. 7. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом. 8. Объективное обследование больного туберкулезом легких. 9. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов. 10. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов. 11. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких. 12. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале. 13. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций. 14. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.
<p><i>Б 1.В.ОД.1.3</i> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза легких. 16. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких. 17. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких. 18. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика казеозной пневмонии. 19. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкуломы легкого.

	<p>20. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.</p> <p>21. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика цирротического туберкулеза легких.</p> <p>22. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.</p> <p>23. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>24. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.</p> <p>25. Этиотропная терапия туберкулеза.</p> <p>26. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.</p> <p>27. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) невакцинированных БЦЖ 2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей 3) живущих в очагах туберкулезной инфекции 4) не имеющих послевакцинального знака 5) перенесших туберкулез <p>2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перенесших ранее локальный туберкулез 2) давно инфицированных 3) из очагов туберкулезной инфекции 4) курящих 5) работающих и занимающихся спортом <p>3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем <p>4. "Эндогенная реинфекция" - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции
---	--

	<p>5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дефекты в профилактической работе 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре 3) небрежное отношение больного к своему здоровью 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки) 5) все перечисленное <p>6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом 4) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии <p>7. Бактериовыделитель - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом 2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз 3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования 4) все перечисленные варианты
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>8. Жалобы больного туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией 2) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания 3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания <p>9. Условия жизни больного</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса 2) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса 3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение

10. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения

- 1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза
- 2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию
- 3) **как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям**

11. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью

- 1) **клинических методов исследования**
- 2) флюорографических методов исследования
- 3) лабораторных методов исследования

12. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

- 1) клиническим методом исследования
- 2) **флюорографическим методом исследования**
- 3) лабораторным методом исследования

13. Туберкулезу органов дыхания более свойственно

- 1) острое начало заболевания
- 2) **подострое начало заболевания**
- 3) бессимптомное начало заболевания

14. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться

- 1) **1 раз в 1 год**
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 2 раза в 1 год
- 4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка

15. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится

- 1) с 10-летнего возраста
- 2) с 12-летнего возраста
- 3) **с 15-летнего возраста**
- 4) с 18-летнего возраста
- 5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>16. Диссеминированный туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких 2) распространенное двустороннее поражение легких 3) распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения <p>17. Пути распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематогенного 2) лимфогенного 3) бронхогенного 4) капельно-аэрогенного <p>18. Рентгенологически очаг в легких определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) как любая пятнистая тень диаметром до 1 см 2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого 3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см³ <p>19. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четкими 2) размытыми 3) закономерности не выявляется <p>20. Инфильтративный туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения 2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии 3) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре <p>21. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) большой объем поражения 2) преобладание казеозного некроза 3) более частый распад 4) склонность к бронхогенной диссеминации 5) поражение крупных бронхов <p>22. Туберкулема легкого представляет собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани 2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный
---	--

зоной специфического и неспецифического воспаления
3) **очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы**

23. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме
1) кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром
2) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
3) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
4) **наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха**

24. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки
1) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
2) **отдельные соединительнотканнные волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости**
3) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз

25. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является
1) длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения
2) комплекс клинко-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза
3) **данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала**

26. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются
1) рентгенологический и бронхологический
2) биохимический и иммунологический
3) пробное лечение и динамическое наблюдение
4) бактериологический и цито-гистологический

27. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет
1) **слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани**
2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и

	<p>неспецифической инфильтрации</p> <p>3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>28. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов 2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса 3) использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса <p>29. Химиотерапия туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ 2) метод воздействия на возбудителя заболевания 3) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ 4) ведущий метод лечения туберкулеза <p>30. Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышают сопротивляемость организма 2) нормализуют обмен веществ 3) улучшают функцию нервной системы 4) определяют все перечисленное <p>31. Горно-климатические курорты показаны больным</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации 2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких 3) ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких 4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности <p>32. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки 2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью 3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью 4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью 5) с наличием всех перечисленных состояний <p>33. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с затяжным течением процесса

	2) нуждающимся в хирургическом лечении 3) с побочными реакциями на химиопрепараты 4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний 5) все перечисленные показания
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p> <p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p style="text-align: center;">1. Задача 1.</p> <p>Мужчина, 32 года, подсобный рабочий в зернохранилище. С детства частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Страдает хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. Гормонами не лечился. Сахарный диабет, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Последнее флюорографическое обследование примерно 4 года назад (без патологии). Туберкулезный контакт возможен с друзьями. Курит, алкоголь употребляет умеренно.</p> <p>Заболел остро 2 месяца назад – резко повысилась температура до 39°C, озноб, головная боль, сухой кашель. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Получал антибактериальную терапию (цефотаксим 1,0 3 р/д в/м, кларитромицин 0,5 2 р/д перорально), дезинтоксикационную терапию, муколитическую терапию.</p> <p>На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшалось. Лихорадка с температурной кривой неправильного типа, нарастала одышка, появилось кровохарканье, отсутствие аппетита, разлитая головная боль, на фоне подъема температуры до 40-41°C, наблюдалась рвота. Рентгенологически в легких с двух сторон отмечалось усиление легочного рисунка. Через 2 недели после начала заболевания с подозрением на токсико-аллергическое поражение легочной ткани больной переведен в пульмонологическое отделение ОКБ. Назначен преднизолон 30 мг per os ежедневно, симптоматическая терапия. Нарастала легочно-сердечная недостаточность, больной похудел на 20 кг, крайне ослаб, беспокоил сухой упорный кашель, периодически кровохарканье.</p> <p>Объективно. Пониженного питания, ослаблен, истощен. Рост 186 см Вес 50 кг. Занимает положение ортопное. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые, акроцианоз. Температура 38,8°C, ЧД 48 в 1 мин. Перкуторно определяется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно на фоне усиленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 140 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0%, лимфоциты 4%, моноциты 16%, СОЭ 54 мм/ч</p>
---	--

Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.

При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ

Трахеобронхоскопия. Без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

2. Задача 2.

Женщина, 37 лет, воспитатель детского сада. Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

3. Задача 3.

Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Kontakta с больным туберкулезом не установлено. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до 37,5 – 38,0⁰С, потливость, кашель с выделением мокроты гнойного характера, имело место кровохарканье.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

4. Задача 4.

Женщина 28 лет. Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад. Вернулась из мест лишения свободы 4

месяца назад, где находилась 3 года. Около последних 3х месяцев отмечает похудание на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку. В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Объективно. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови. Гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 12%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты 14%, моноциты 11%, СОЭ 56 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1016, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, лейкоциты 24-26 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 6 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

5. Задача 5.

Женщина, 27 лет. Изменения в легких выявлены впервые. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении туберкулезной больницы с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после

	<p>госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка.</p> <p>Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. ЧД 28-30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно справа легочный звук, слева с коробочным оттенком. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс 120 в 1 мин., АД 140/90 мм. рт. ст.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 66%, эозинофилы 0%, лимфоциты 15%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Без патологии.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).</p> <p>Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 12 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 14 мм через 72 часа.</p> <p>Манометрия плевральной полости -2/+2 см. водного столба</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p><u>Задания.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
--	---

Эталон ответа к задаче №1

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявления в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.

-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

Эталон ответа к задаче №2

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности);
-	наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним

	заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе
-	Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным категориям населения (работник дошкольного учреждения).
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован верно.
-	Длительность пребывания на больничном листе указана верно, но не обоснована
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован неверно

Эталон ответа к задаче №3

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу периссиссурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Диагноз поставлен на основании: больная относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью

-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

Эталон ответа к задаче №4

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	<p>Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу лобита) в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение: Туберкулез правого верхнедолевого бронха инфильтративный, продуктивный. ДН I степени. Кахексия. Интоксикационный синдром.</p> <p>Хронический гепатит «С», неактивная фаза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: жалоб (кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, снижение масс тела на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, субфебрильную температура в вечерние часы); выявление в анализе мокроты МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.); положительной пробы Манту и Диаскин-теста; изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз, анемия, ускорено СОЭ).</p>
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Заболевание следует дифференцировать с деструктивной верхнедолевой пневмонией, абсцессом верхней доли правого легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена

4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

Эталон ответа к задаче №5

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Слева легкое поджато на 1/3 объема. Справа в верхней доле очаги полиморфного характера, участки деструкции.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+) Осложнения: Спонтанный пневмоторакс слева.
-	Диагноз поставлен на основании указания на активный деструктивный туберкулез легких, острое начало после физической нагрузки, жалоб (резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка), показателей манометрии левой плевральной полости.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими видами пневмоторакса необходимо проводить дифференциальную диагностику.
-	Дифференциальная диагностика проводится между открытым, закрытым и клапанным спонтанным пневмотораксом. По показаниям манометрии плевральной полости у больного открытый спонтанный пневмоторакс.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с двумя видами пневмоторакса.
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, определите тактику ведения при возникновении данного осложнения.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Показано дренирование левой плевральной полости (постановка дренажа по Бюлау или активная аспирация). При неэффективности (легкое не расправляется) торакотомия с ушиванием дефекта висцеральной плевры.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, тактика ведения спонтанного

	пневмоторакса выбрана верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован и/или тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) - 91-100%	
Отлично (5)	

16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	12. Знание алгоритма решения
Хорошо (4) - пяти критериям	13. Уровень самостоятельного мышления
Отлично (5)	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

17. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	
Хорошо (4) -пяти или шести критериям	
Отлично (5)	

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Фтизиатрия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-33	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-27
ПК	1	1-27	-	1-4,6-11,15-23
	2	8-27	-	6,9-11,15-23
	5	1-27	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,7-23
	8	28-33	1-5, вопрос 4	24-27

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты.

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.В.ОД.1.1	Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	6
Б 1.В.ОД.1.2	Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.3	Раздел 3 «Клиника туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.4	Раздел 4 «Лечение туберкулеза»	6

Вопросы и задания для самоконтроля:

Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	<ol style="list-style-type: none">1. Морфологические изменения при туберкулезе.2. Наследственность и туберкулез.3. Патоморфоз туберкулеза.
Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	<ol style="list-style-type: none">4. Современные серологические методы диагностики туберкулеза.5. Диагностика и дифференциальная диагностика микобактериозов.6. Организация раннего выявления туберкулеза.7. Диаскин – тест.
Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»	<ol style="list-style-type: none">8. Дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза.9. Туберкулез в сочетании с сопутствующими заболеваниями и состояниями (беременность, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, сахарный диабет, язвенное поражение ЖКТ, вирусные гепатиты, ХНЗЛ, психические заболевания).10. Редкие локализации туберкулеза.11. Туберкулома головного мозга.
Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»	<ol style="list-style-type: none">12. Особенности санаторно-курортного лечения больных туберкулезом легких и внелегочной локализации.13. Основные физиотерапевтические методы лечения, используемые во фтизиатрии.

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Изменения при долокальных формах туберкулеза. Морфологические изменения при локальных формах первичного туберкулеза. 2. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. 3. Особенности морфологических проявлений туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>4. Особенности клинико – рентгенологической диагностики туберкулеза в период беременности. 5. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при сахарном диабете. 6. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при ВИЧ-инфекции. 7. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при вирусных гепатитах. 8. Организация раннего выявления туберкулеза.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»</p>	<p>9. Дифференциальная диагностика вторичных форм туберкулеза легких. 10. Туберкулез и беременность. Особенности течения послеродового туберкулеза. Противопоказания к прерыванию беременности. 11. Туберкулома как проявление туберкулеза ЦНС</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»</p>	<p>12. Основные побочные реакции при использовании противотуберкулезных препаратов. Борьба с побочными реакциями на противотуберкулезные препараты. 13. Туберкулез и беременность. Особенности этиотропной терапии. 14. Туберкулез, ВИЧ и СПИД. Особенности применения иммуностимулирующих препаратов у ВИЧ – инфицированных больных. 15. Немедикаментозные методы лечения туберкулеза. Климатотерапия. 16. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории федерального подчинения. 17. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории местного подчинения.</p>

Критерии и шкала оценивания

4. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	2. Степень раскрытия сущности проблемы
Хорошо (4) - пяти критериям	3. Обоснованность выбора источников
Отлично (5)	4. Соблюдение требований к оформлению

	5. Грамотность
--	----------------

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1.В.ОД.1.</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при синдроме желтухи. Лабораторная и инструментальная диагностика2. Вирусный гепатит А этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.3. Вирусный гепатит А клиническая картина, периоды, степени тяжести, диагностика, дифференциальная диагностика, патогенетическая терапия, лечение.4. Вирусный гепатит А профилактика, прогноз, профилактика, мероприятия в очаге. Диспансеризация, реабилитация5. Вирусный гепатит В этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.6. Вирусный гепатит В клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.7. Вирусный гепатит В вакцинация, диспансеризация, реабилитация.8. Вирусный гепатит С этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.9. Вирусный гепатит С клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика.10. Вирусный гепатит С лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.11. ВИЧ-инфекция этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.12. ВИЧ-инфекция клиническая картина, стадии, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.13. ВИЧ-инфекция профилактика и лечение вторичных заболеваний. Диспансеризация, реабилитация.14. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при диарейном синдроме.15. Острые бактериальные пищевые отравления этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Диспансеризация, реабилитация16. Гельминтозы: классификация, принципы диагностики, лечения и профилактики гельминтозов. Диспансеризация, реабилитация.17. Острая дизентерия этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.18. Острая дизентерия клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.19. Лямблиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.20. Лямблиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная
---	--

	<p>диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>21. Энтеробиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.</p> <p>22. Энтеробиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>23. Энтеровирусные заболевания этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды,</p> <p>24. Энтеровирусные заболевания диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1.В.ОД.1.</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска синдроме желтухи. 2. Тактика врача при синдроме желтухи. Лабораторная и инструментальная диагностика 3. Вирусный гепатит А этиология, эпидемиология. 4. Вирусный гепатит А источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез. 5. Вирусный гепатит А клиническая картина, периоды, степени тяжести, 6. Вирусный гепатит А диагностика, дифференциальная диагностика, патогенетическая терапия, лечение. 7. Вирусный гепатит А профилактика, прогноз, профилактика, мероприятия в очаге. Диспансеризация, реабилитация 8. Вирусный гепатит В этиология, эпидемиология, источник инфекции. 9. Вирусный гепатит В механизм передачи возбудителя, патогенез. 10. Вирусный гепатит В клиническая картина, периоды. 11. Вирусный гепатит В диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 12. Вирусный гепатит В вакцинация, диспансеризация, реабилитация. 13. Вирусный гепатит С этиология, эпидемиология, источник инфекции. 14. Вирусный гепатит С механизм передачи возбудителя, патогенез. 15. Вирусный гепатит С клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика. 16. Вирусный гепатит С лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация. 17. ВИЧ-инфекция этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез. 18. ВИЧ-инфекция клиническая картина, стадии, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 19. ВИЧ-инфекция профилактика и лечение вторичных заболеваний. Диспансеризация, реабилитация. 20. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска при диарейном синдроме. 21. Тактика врача при диарейном синдроме. 22. Острые бактериальные пищевые отравления этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Диспансеризация, реабилитация 23. Гельминтозы: классификация, принципы диагностики, лечения и профилактики гельминтозов. Диспансеризация, реабилитация. 24. Острая дизентерия этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.
---	---

	<p>25. Острая дизентерия клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>26. Лямблиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.</p> <p>27. Лямблиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>28. Энтеробиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез. Энтеробиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>29. Энтеровирусные заболевания этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды,</p> <p>30. Энтеровирусные заболевания диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами);

***Б 1.В.ОД.1.
«Инфекционные
болезни»***

1. МАССОВЫЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А МОГУТ ПРОИСХОДИТЬ ЧЕРЕЗ
 - А) кровь
 - Б) воду**
 - В) воздух
 - Г) предметы быта
2. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ОТНОСЯТ
 - А) катаральные явления
 - Б) увеличение одного лимфатического узла
 - В) лихорадку больше месяца**
 - Г) неспецифический язвенный колит
3. ОПОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ
 - А) исследование мочи на желчные пигменты
 - Б) определение уровня общего билирубина и его фракций
 - В) определение активности АЛТ
 - Г) обнаружение маркеров вирусных гепатитов**
4. ХРОНИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ
 - А) А
 - Б) С**
 - В) В
 - Г) Е
5. ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ВЕРИФИЦИРУЕТСЯ
 - А) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig M**
 - Б) повышением активности АЛТ
 - В) повышением уровня билирубина сыворотки крови
 - Г) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig G
6. К СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ
 - А) лептоспироз
 - Б) туберкулез**
 - В) хронический вирусный гепатит С
 - Г) менингококковую инфекцию
7. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)
 - А) 4-6
 - Б) 6-8
 - В) 2-4**
 - Г) 8-10
8. САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - А) длительная диарея
 - Б) саркома Капоши
 - В) мононуклеозоподобный синдром**
 - Г) кахексия
9. ТИПИЧНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 - А) колит**
 - Б) гастрит
 - В) энтерит
 - Г) гастроэнтерит
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ШИГЕЛЛЁЗНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - А) гастритический
 - Б) колитический**
 - В) гастроэнтеритический
 - Г) гастроэнтероколитический
11. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ:
 - А. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты;**
 - Б. тошнота, рвота;
 - В. водянистый зловонный стул;

	<p>Г. жидкий зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе</p> <p>12. СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕР СТУЛА</p> <p>А) обильный типа «мясных помоев» Б) обильный водянистый В) типа «малинового желе» Г) скудный со слизью и прожилками крови</p> <p>13. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ В МАТЕРИАЛЕ БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) биологический Б) бактериологический В) вирусологический Г) серологический</p> <p>14. ОСТРУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В «ПЕРИОДЕ ОКНА» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ПО</p> <p>А) появлению белка р24 в крови Б) коэффициенту CD4/CD8 В) лимфоцитозу в клиническом анализе крови Г) обнаружению атипичных мононуклеаров в крови</p> <p>15. К ГЕОГЕЛЬМИНТОЗАМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>А) энтеробиоз Б) тениоз В) аскаридоз Г) трихинеллез</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.1. «Инфекционные болезни»</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача 1 (Вирусный гепатит А)</p> <p>Основная часть Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания. <p style="text-align: center;">Ситуационная задача 2 (Острая дизентерия)</p> <p>Основная часть Больной Н. 23 лет обратился в поликлинику на 3 день болезни. Заболел 2 июня остро, когда появились общая слабость, озноб, ломота в теле, повысилась температура тела до 38,3 °С, возникли приступообразные боли в</p>
--	--

нижней части живота. Стул 6 раз в сутки, в начале обильный, затем скудный, кашицеобразный, с примесью слизи. 3 июня самочувствие оставалось плохим. Температура тела держалась на уровне 38,5 °С, головная боль, ломота в теле сохранялись, беспокоили боли в животе, больше слева, стул оставался частым (10-12 раз в сутки). Днём 4 июня заметил кроме слизи, скудные прожилки крови в испражнениях, иногда отмечал отсутствие стула при болезненных позывах к дефекации. Обратился к врачу. Врач выяснил, что больной живет в общежитии для рабочих. Приехал из другого города, работает строителем по найму. Накануне заболевания употреблял немытые фрукты, купленные на рынке. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,1 °С, лицо бледное. Кожные покровы чистые, сухие, теплые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет. Тоны сердца слегка приглушены, пульс - 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжён. АД - 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот мягкий, болезненный в области спазмированной сигмовидной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Диурез нормальный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Какова Ваша дальнейшая тактика?

Ситуационная задача 3 (Острый гепатит А)

Основная часть Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар. При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача 4 (Острый шигеллёз)

Основная часть Вызов врача-терапевта участкового на дом к больному П. 19 лет по поводу жалоб на резкие схваткообразные боли в животе, частые болезненные позывы на дефекацию (в первые 6 часов заболевания стул невозможно сосчитать), головную боль, головокружение, озноб, повышение температуры до 39 °С. Заболел остро 6 часов назад, когда появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние больного тяжёлое. Вялый, бледный, кожные покровы сухие, чистые. Пульс - 100 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, АД - 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчётливая болезненность и спазм сигмовидной кишки. Тенезмы. Стул скудный, бескаловый, в виде комка кровянистой слизи.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе

комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите противоэпидемические мероприятия и тактику в отношении членов семьи пациента П., с которыми он проживает: мать - работник пищеблока, сестра - менеджер в офисе и 5-летняя племянница, посещает ДДУ.

Ситуационная задача 5 (Острый вирусный гепатит А)

Основная часть Больной А. 18 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тёмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 ударов в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 (вирусный гепатит В)

Основная часть Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отвращение к пище, лёгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тёмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 (субарахноидальное кровоизлияние)

К больному С., 45 лет, был вызван участковый врач. Со слов больного заболел вчера, когда во время занятия гимнастикой внезапно возникла сильная боль в левой половине головы, затем присоединилась многократная рвота. Ночью не спал из-за сильной головной боли, была повторная рвота. При осмотре лицо гиперемировано, температура тела 37,0°С. Кожа чистая, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 52 уд/мин. АД 150/100 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. В сознании, менингеальный синдром резко выражен. Сухожильные рефлексы на ногах оживлены. Эпидемиологический анамнез – в воинской части, где больной служит офицером, есть случаи менингококковой инфекции.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какова тактика участкового врача?
3. Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 (ОРВИ)

Больная И., 25 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появилось першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4°C). Не лечилась, т.к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, появилось удушье. При осмотре: состояние средней тяжести, кожа бледная, цианоз губ. Одышка 26 в мин., дыхание шумное. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0°C. В легких сухие хрипы, слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки гиперемированы, слегка отечны.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Назначьте обследование и лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9 (энтеровирусная инфекция)

Больная С., 24 лет, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащенный до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура повысилась до 37,8°C. Указанные симптомы сохранялись в течение последующих 2 дней, температура держалась на субфебрильных цифрах. На 3-й день болезни состояние ухудшилось, температура достигла 38,7°C, появились сильная головная боль, тошнота, рвота 4 раза в сутки. Объективно: Температура 37,7°C. Кожа бледная, сыпи нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс 116 уд/мин., АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Миндалины, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Загружена, стонет. Менингеальный синдром слабо выражен. Очаговых симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: работает в детском саду, где наблюдались случаи лихорадочных заболеваний, сопровождающихся жидким стулом. Больной произведена люмбальная пункция. Получен прозрачный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. Цитоз 400 клеток в 1 мкл., белок – 0,6 %, в мазке 92% лимфоцитов, 8% нейтрофилов.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10 (энтеровирусная инфекция)

Больная В., 16 лет, учащаяся, живет в общежитии. Вызвала врача поликлиники 5.09. в связи с очень плохим самочувствием, сильной головной болью, болью в животе и в горле, слабостью. Заболела 4.09., когда внезапно поднялась температура до 39,8°C, отметила головную боль, небольшую боль при глотании, боль в животе. При осмотре отмечена гиперемия слизистой ротоглотки, у основания язычка, на мягком нёбе и верхней полосе миндалин видны 12-15 мелких папул. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Аппетит сохранен. Живот слегка болезненный в области пупка. Печень и селезенка увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Врач диагностировал ОРЗ и рекомендовал жаропонижающие, витамины. При осмотре папул обнаружены мелкие язвочки, которые местами сливались, образуя язвы более крупного размера. Самочувствие больной не ухудшалось, хотя температура держалась на прежних цифрах. Эпиданамнез: соседка по комнате 10 дней тому назад болела в течение 3 дней «гриппом» (беспокоили боли при глотании и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных цифр). К врачу она не обращалась.

Врач госпитализировал пациентку с диагнозом «грипп с явлениями

афтозного стоматита».

Вопросы:

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом врача поликлиники? Если Вы не согласны, то поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 (Вирусный гепатит А)

Больной З. 15 лет, ученик школы. Заболел 8 дней назад – температура тела до 38°С, заложенность носа, першение в горле. Лечился самостоятельно, принимал аспирин, антигриппин. Температура тела нормализовалась, однако, самочувствие ухудшилось: исчез аппетит, усилилась слабость, потемнела моча. Вчера мать заметила желтушность склер и вызвала врача, который направил больного в инфекционную больницу. При осмотре больного кожные покровы и склеры – желтушные, регионарные лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 2 см, безболезненная, мягкоэластической консистенции, край ровный. Моча темная. Больной отмечает улучшение самочувствия, появился аппетит, исчезла слабость. Из эпидемического анамнеза выяснено, что в классе заболели еще двое.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Назовите характерные симптомы для данного заболевания.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12 (острая дизентерия)

К врачу обратился больной с жалобами на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови, ложные позывы на дефекацию. При пальпации живота отмечались боли в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная уплотненная сигмовидная кишка.

Вопросы:

1. О поражении какого отдела ЖКТ можно думать?
2. Для какой формы острой дизентерии характерна подобная клиника?
3. Какие лабораторные исследования необходимо назначить для постановки диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 (Острая дизентерия)

Больная С., 30 лет, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4°С, схваткообразные боли в низу живота. Стул за ночь около 15 раз, в испражнениях заметила слизь и кровь.

Заболела 1 день тому назад: появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру состояние ухудшилось.

При осмотре: температура тела: 38,9°С, больная вялая. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД 115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови.

Из эпид.анамнеза: работает продавцом в продуктовом магазине.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите необходимость госпитализации больного.
3. Перечислите методы лабораторной и инструментальной диагностики.
4. Осуществите профилактические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 (Сальмонеллез)

Больная С., 36 лет, врач медсанчасти аэропорта, заболела остро. Появилась резкая боль в животе, затем многократная рвота и водянистый, обильный жидкий стул до 10 раз в сутки. Самостоятельно промыла себе желудок раствором марганцевого калия, однако состояние больной не улучшалось: появились головокружение, головная боль, озноб, повысилась температура тела до 39,5°С.

	<p>Машиной скорой помощи доставлена в инфекционное отделение.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, лицо бледное, осунувшееся, губы синюшные. Тurgор кожи снижен, пульс частый с трудом сосчитывается (до 120 ударов в минуту). Артериальное давление 60/40 мм рт.ст. Кисты и стопы холодные на ощупь. Больная стонет от мучительных судорог в мышцах голени. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области, вокруг пупка и в илеоцекальной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул в приемном покое обильный, водянистый, зеленого цвета, с резким зловонием. Рвотные массы с примесью желчи, необильные без остатков пищи. Диурез снижен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь? 3. Какие данные эпидемиологического характера необходимо выяснить у больной (или родственников)? 4. План лечения. <p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 (Острый вирусный гепатит А.)</p> <p>Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что мать заметила у сына желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болел. Никаких парентеральных вмешательств в течение полугода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, аминотрансфераза (АлАТ) - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19 ед.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование. 2. Составьте план обследования. 3. Назначьте лечение. 4. Какова длительность диспансерного наблюдения при данном заболевании? 5. В чем заключается профилактика данного заболевания?
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

18. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) - 91-100%	
Отлично (5)	

19. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления

Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

20. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

21. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Инфекционные болезни»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1 - 15	1 - 30	1 - 24	
ПК	1	1-15	1 - 15	1-30	1 - 24	
	2			7, 12, 16, 22, 23, 25, 27, 28, 30	4, 7, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 24	
	5	1-15	1 - 15	1, 2, 6, 11, 15, 18 – 20, 22, 23, 25, 27, 28, 30	1, 3, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24	
	8			7, 12, 16, 19, 22, 23, 30, 25, 27, 28, 30	4, 7, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 24	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ОД.1</i>	«Инфекционные болезни»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.1</i> «Инфекционные болезни»	<ol style="list-style-type: none">11.Пигментный метаболизм. Дифференциальный диагноз желтух12.Строение вируса гепатита А.13.Вирусный гепатит А и беременность.14.Строение вируса гепатита В.15.Вирусный гепатит В и беременность.16.Строение вируса гепатита С.17.Вирусный гепатит С и беременность.18.ВИЧ-инфекция и беременность19.Гельминты классификация, пути передачи.20.Диарейный синдром и беременность.
---	---

Перечень дискуссионных тем :

<i>Б 1.В.ОД.1</i> «Инфекционные болезни»	<ol style="list-style-type: none">1. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».2. Эпидемиологическая характеристика проявлений эпидемического процесса кишечных инфекций.3. Сравнительная характеристика эпидемического процесса кишечных инфекций при различных путях передачи возбудителя.4. Эпидемический процесс шигеллезов.5. Направленность и содержание профилактической и противоэпидемической работы при шигеллезах.6. Эпидемиология вирусных гепатитов с фекально-оральным механизмом передачи (А,Е).7. Эпидемиология вирусных гепатитов с контактным и искусственным механизмами передачи (В,С,Д).8. Учение о природной очаговости, принципы эпизоотолого-эпидемиологического надзора.9. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе развития эпидемии.10. Санитарная охрана территории страны от завоза и распространения инфекционных болезней.
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ОД.1 «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемический процесс, его структура, формы проявления. 2. Социальные и природные факторы, их роль в развитии эпидемического процесса. 3. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней. 4. Эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями. 5. Эпидемиологические исследования. 6. Дезинфекционный режим в лечебно-профилактических учреждениях 7. Иммунологические механизмы действия вакцин, характеристика типов вакцин. 8. Национальный календарь профилактических прививок. 9. Показания и противопоказания к вакцинопрофилактике. 10. Прививочные реакции, поствакцинальные осложнения, дифференциальная диагностика. 11. Средства пассивной иммунизации, показания к их применению. 12. Препараты, задерживающие развитие и размножение возбудителя в зараженном организме
---	--

Критерии и шкала оценивания

5. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
Удовлетворительно (3)	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Обоснованность выбора источников
- пяти критериям Отлично (5)	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

6. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3)	2. Аргументированность
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Соблюдение культуры речи
- пяти критериям Отлично (5)	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1. В.ДВ.1 «Неврология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Геморрагический церебральный инсульт. Клиника, неотложная помощь.2. Ишемический церебральный инсульт: факторы риска, клиника заболевания, лечение.3. Инструментальная диагностика ишемического инсульта4. Методы оценки когнитивного статуса пациента позднего возраста5. Лечение болезни Альцгеймера6. Методы оценки эмоционального статуса пациента пожилого возраста.7. Дифференциальная диагностика сосудистой деменции и болезни Альцгеймера.
---	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1. В.ДВ.1 «Неврология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клиника заболевания, неотложная терапия2. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения: клиника, дифференциальная диагностика.3. Синдром паркинсонизма: дифференциальная диагностика4. Делирий у пациентов позднего возраста: факторы риска, клиника, неотложная терапия.5. Применение антипсихотических препаратов у пациентов позднего возраста: показания, противопоказания.6. Депрессия у пациента пожилого возраста: возможности современной терапии.7. Боль в спине: дифференциальный диагноз, лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника в пожилом и старческом возрасте8. Методы реабилитации пожилых пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника9. Эссенциальный тремор у пожилого пациента: лечение, средства реабилитации.
---	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1. В.ДВ.1 «Неврология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме<ol style="list-style-type: none">а) стеноза магистральных сосудов на шееб) снижения перфузионного давленияв) снижения эластичности эритроцитовг) снижения активности свертывающей системы.2. При нейропатических болях стреляющего характера наиболее
---	--

эффективны:

- а) антидепрессанты
- б) антиконвульсанты
- в) нестероидные противовоспалительные средства
- г) симпатолитики
- д) верно а) и б)**
- е) ничего из перечисленного

3. Основные принципы реабилитационных мероприятий:

- а) ранее начало
- б) систематичность и длительность
- в) комплексность
- г) поэтапность.
- д) все перечисленное**

4. При поражении спинномозговых нервов наиболее часто наблюдается:

- а) невралгия
- б) радикулиты, радикулоневриты и плекситы
- в) мононевриты
- г) дистальная полинейропатия**
- д) проксимальная амиотрофия

5. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

- а) кортикоспинальных;
- б) кортиконуклеарных;**
- в) лобно-мостно-мозжечковых;
- г) руброспинальных;
- д) цилиоспинальный.

6. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

- а) Бабинского;
- б) Оппенгейма;
- в) Россолимо;**
- г) Гордона;
- д) Чеддока.

7. Сенсорная афазия возникает при поражении:

- а) верхней височной извилины;**
- б) средней височной извилины;
- в) верхнетеменной дольки;
- г) нижней теменной дольки;
- д) язычной извилины теменной доли.

8. Седалищный нерв составляет волокна корешков:

- а) S1-S2;
- б) L5-S3;**
- в) S2-S3;
- г) L5-S5;
- д) L5-S1.

9. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:
- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу;
 - б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами;
 - в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи;
 - г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов.**
10. Для компрессии корешка С 7 характерны:
- а) боли и парестезии в области третьего пальца кисти;**
 - б) боли и парестезии в области первого пальца кисти;
 - в) выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча;
 - г) боли в области 5 пальца кисти;
 - д) снижение карпо-радиального рефлекса.
11. Синдром компрессии корешка L5 проявляется:
- а) болью по внутренней поверхности голени и бедра;
 - б) слабостью разгибателей I пальца стопы;**
 - в) снижением ахиллова рефлекса;
 - г) положительным симптомом Бабинского;
 - д) положительным симптомом Россолимо.
12. Типичные бредовые синдромы включают такие симптомы, как:
- а) депрессия;
 - б) растерянность;
 - в) систематизированный бред;**
 - г) нарушение сна;
 - д) галлюцинации.
13. Атипичные бредовые синдромы представлены:
- а) ровным настроением;
 - б) депрессивным аффектом;
 - в) отсутствием аффективной напряженности;**
 - г) бредовым поведением;
 - д) расстройствами сна.
14. Типичные депрессивные синдромы представлены такими симптомами, как:
- а) нарушение поведения;
 - б) депрессивная триада;
 - в) расстройство ассоциативного процесса;**
 - г) подозрительность;
 - д) аффективная напряженность.
15. Сенильная деменция - это:
- а) функциональное заболевание головного мозга;
 - б) сосудистое заболевание головного мозга;**
 - в) неврозоподобное расстройство;
 - г) органическое заболевание головного мозга;

д) аффективная патология.

16. Сенильную деменцию следует дифференцировать с такими заболеваниями, как:

- а) сосудистые заболевания головного мозга;
- б) болезнь Альцгеймера;**
- в) инволюционный параноид;
- г) инволюционная меланхолия;
- д) шизофрения.

17. Болезнь Альцгеймера - это:

- а) самостоятельная нозологическая форма;**
- б) вариант старческой деменции;
- в) проявление последствий травм головного мозга;
- г) вариант сосудистого поражения головного мозга;
- д) эндогенное заболевание.

18. Болезнь Альцгеймера имеет наиболее типичный симптом:

- а) аффективные расстройства;
- б) нарушение памяти;**
- в) расстройства сна;
- г) расстройства поведения;
- д) навязчивость.

19. В далеко зашедших случаях болезни Альцгеймера расстраивается:

- а) память;
- б) эмоции;
- в) поведение;
- г) праксис;**
- д) сон.

20. Суицидоопасные состояния могут наблюдаться при следующих заболеваниях: 1. психогенная депрессия; 2. шизофрения; 3. алкогольная депрессия; 4. старческая деменция; 5. болезнь Альцгеймера.

Выберете один или несколько правильных ответов по схеме:

- а) правильные ответы: 1, 2, 3;**
- б) правильные ответы: 1, 3;
- в) правильные ответы: 2, 4;
- г) правильный ответ: 4;
- д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

21. Изменения личности в процессе старения включают: 1. заострение свойственных человеку личностных черт; 2. усиление интравертированности; 3. выявление полярных черт характера; 4. консерватизм взглядов; 5. эмоциональное оскудение.

Выберете один или несколько правильных ответов по схеме:

- а) правильные ответы: 1, 2, 3;
- б) правильные ответы: 1, 3;
- в) правильные ответы: 2, 4;
- г) правильный ответ: 4;

	д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

22. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: - 61 - 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 - 90% Хорошо (4)	76– 90
- 91 - 100% Отлично (5)	91 – 100

23. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- четырем критериям Хорошо (4)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- пяти или шести критериям Отлично (5)	

24. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- четырем критериям Хорошо (4)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- пяти или шести критериям Отлично (5)	

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неврология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-21	1-9	1-7
ПК	1	1,2,4-21	1,2,3,4,5,6,7,9	1-7
	2	5-14,16,18,19,20,21	1,2,3,4,7	1,2,3,4,6,7
	5	2	1,4,5,6,7,8,9	1,2,5
	8	3	4,6,7,8,9	5

12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.1</i>	<i>Раздел 1 «Когнитивные нарушения»</i>	11
<i>Б 1. В.ДВ.1.2</i>	<i>Раздел 2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	9
<i>Б 1. В.ДВ.1.3</i>	<i>Раздел 3 «Двигательные расстройства»</i>	9
<i>Б 1. В.ДВ.1.4</i>	<i>Раздел 4 «Заболевания периферической нервной системы»</i>	7

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. В.ДВ.1.1 «Когнитивные нарушения»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недементные когнитивные нарушения. 2. Возможности нейровизуализирующих методов исследования в дифференциальной диагностике различных заболеваний, приводящих к деменции. 3. Клинические тесты для оценки когнитивного статуса и эмоционального состояния. 4. Методики когнитивного тренинга и когнитивной реабилитации. 5. Гигиена сна в пожилом возрасте. 6. Клиническая фармакология антипсихотиков и антидепрессантов в. 7. Современная фармакотерапия деменции.
<i>Б 1. В.ДВ.1.2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Атеротромботический ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. 9. Кардиоэмболический ишемический инсульт. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика. 10. Принципы терапии острых нарушений мозгового кровообращения (базисная и дифференцированная терапия). Организация помощи больным инсультом. 11. Дифференциальный диагноз между ишемическим и геморрагическим инсультами. 12. Дифференциальный диагноз между геморрагическим инсультом и коматозными состояниями при сахарном диабете (гипергликемическая, гипогликемическая комы).
<i>Б 1. В.ДВ.1.3 «Двигательные расстройства»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 13. Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение. 14. Болезнь Паркинсона. Клиника, диагностика, лечение, возможности реабилитации.

<p>Б 1. В.ДВ.1.4 «Заболевания периферической нервной системы»</p>	<p>15. Мышечно-тонические синдромы при остеохондрозе позвоночника и миофасциальные синдромы. Патогенез, клиника, лечение. 16. Вертеброгенные болевые синдромы на шейном уровне. Клиника, диагностика, лечение. 17. Синдромы спинальной компрессии при дегенеративном заболевании шейного отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению. 18. Синдром корешковой компрессии при дегенеративном заболевании пояснично-крестцового отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению. 19. Синдром компрессии конского хвоста при дегенеративном заболевании позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.</p>
---	--

Темы рефератов

<p>Б 1. В.ДВ.1 «Неврология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Система оказания медицинской помощи больным с инсультом 2. Терапия инсульта: методы реперфузии, первичной и вторичной нейропротекции, регенераторно-репаративной терапии. 3. Особенности мозгового кровообращения и срыв ауторегуляции мозгового кровообращения при артериальной гипертензии и гипертонических кризах. 4. Преходящее нарушение мозгового кровообращения и «малый инсульт»: понятия, клиника, дифференциальная диагностика, особенности в позднем возрасте, терапия, реабилитация. 5. Дорсалгия: основные причины, соматические и неврологические заболевания, проявляющиеся болью в спине, методы обследования и лечения в позднем возрасте, реабилитация. 6. Болезнь Пика: патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, подходы к терапии.
---	--

Критерии и шкала оценивания

7. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
Удовлетворительно (3)	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям	3. Обоснованность выбора источников
Хорошо (4)	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям	5. Грамотность
Отлично (5)	

8. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3)	2. Аргументированность
- четырем критериям	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция

<p>Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)</p>	<p>5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей</p>
--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода. 2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода. 3. ЭКГ-признаки стенокардии. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии. 4. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов 5. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией 6. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда. Функциональная диагностика инфаркта миокарда 7. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса. 8. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. 9. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда. 10. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда. 11.. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация. 12. Оценка variability сердечного ритма. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторинга. 13. Нарушения функции возбуждения миокарда. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма. 14. Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые). 15. Синдром слабости синусового узла. 16. Нарушение функции проведения. Виды блокад. 17. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ. 18. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце 19. ЭКГ при перикардитах. 20. ЭКГ при гормональных нарушениях 21. ЭКГ при электрокардиостимуляции. 22. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца. 23. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца. 24. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите. 25. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ. 26. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС. 27. Показания к проведению постоянной ЭКС. Виды кардиостимуляторов. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС. 28. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.
---	---

	<p>29. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.</p> <p>30. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.</p> <p>31. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.</p> <p>32. Диагностика опухолей сердца.</p> <p>33. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография.</p> <p>34. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.</p> <p>35. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии</p> <p>36. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких</p> <p>37. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.</p> <p>38. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.</p> <p>39. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>40. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>41. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии. Патогенез легочной гипертензии. Формы легочной гипертензии.</p> <p>42. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>43. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. Диагностическая ценность СМАД. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.</p> <p>44. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p> <p>45. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>46. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>47. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>48. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода. 2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода. 3. ЭКГ-признаки стенокардии. 4. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии. 5. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб.
---	--

6. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов
7. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией.
8. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией
9. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда.
10. Функциональная диагностика инфаркта миокарда
11. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.
12. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.
13. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.
14. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде.
15. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.
16. Методика оказания первой медицинской помощи при осложнениях при проведении нагрузочных проб.
17. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда
18. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады правой ножки пучка Гиса.
19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса.
20. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.
21. Оценка вариабельности сердечного ритма.
22. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторирования.
23. Нарушения функции возбуждения миокарда.
24. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.
25. Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые).
26. Синдром слабости синусового узла.
27. Нарушение функции проведения. Виды блокад.
28. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.
29. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце
30. ЭКГ при перикардитах.
31. ЭКГ при гормональных нарушениях
32. ЭКГ при электрокардиостимуляции.
33. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.
34. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.
35. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.
36. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.
37. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.
38. Показания к проведению постоянной ЭКС.
39. Виды кардиостимуляторов.
40. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.
41. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.
42. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца.
43. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT.
44. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.
45. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.
46. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.
47. Диагностика опухолей сердца.
48. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия.

	<p>Спирография.</p> <p>49. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.</p> <p>50. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии</p> <p>51. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы.</p> <p>52. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких</p> <p>53. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.</p> <p>54. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>55. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.</p> <p>56. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>57. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>58. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>59. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>60. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии.</p> <p>61. Патогенез легочной гипертензии.</p> <p>62. Формы легочной гипертензии.</p> <p>63. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>64. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе.</p> <p>65. Диагностическая ценность СМАД.</p> <p>66. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода.</p> <p>67. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.</p> <p>68. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии.</p> <p>69. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p> <p>70. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>71. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>72. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>73. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами);

Б 1.В.ДВ.1.2
«Функциональная
диагностика»

01. Нормальный зубец Q отражает преимущественно деполяризацию
- а) **межжелудочковой перегородки**
 - б) левого желудочка в целом
 - в) верхушки сердца
 - г) боковых отделов левого желудочка
02. Наиболее информативные для диагностики гипертрофии левого желудочка отведения ЭКГ
- а) стандартные
 - б) **грудные**
 - в) однополюсные усиленные
 - г) высокие грудные
03. Синдром WPW обусловлен наличием в миокарде
- а) **аномального дополнительного проводящего пути**
 - б) эктопического водителя ритма
 - в) аномального дополнительного источника импульсов
 - г) срединной ветви левой ножки пучка Гиса
04. При синусовой тахикардии
- а) **расстояние RR укорочено пропорционально ускорению ритма**
 - б) **интервал TP укорачивается**
 - в) комплекс QRS имеет тенденцию к уширению
05. Экстрасистолы -это преждевременные сокращения
- а) **желудочков**
 - б) **предсердий**
 - в) **всего сердца в целом**
 - г) отдельных участков миокарда
06. К аллоритмии относится
- а) **бигеминия**
 - б) **тригеминия**
 - в) парасистолия
 - г) реципроктные комплексы
07. С помощью электрокардиографии можно определить в сердце
- а) **зону поврежденного миокарда**
 - б) **зону некроза**
 - в) **наличие рубцов**
 - г) **наличие ишемии**
08. Под ишемией миокарда понимают
- а) нарушение процесса деполяризации
 - б) мелкоочаговый некроз
 - в) **уменьшение кровоснабжения участков миокарда**
 - г) процесс необратимых изменений в миокардиальных волокнах
09. На ЭКГ крупноочаговое острое повреждение проявляется обычно
- а) появлением глубоких зубцов S
 - б) **изменениями сегмента ST**
 - в) появлением глубоких зубцов Q
 - г) изменениями зубца T

	<p>10. Признаками рубцовой стадии крупноочагового инфаркта миокарда является наличие на ЭКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) смещения сегмента ST б) патологического зубца Q в) выраженных зазубрин на зубце R <p>11. Во время приступа стенокардии на ЭКГ может отмечаться</p> <ul style="list-style-type: none"> а) депрессия сегмента ST б) инверсия зубца T в) увеличение амплитуды зубца T г) уменьшение амплитуды зубца T <p>12. Оптимальным сечением для доплеровского исследования кровотока в области аортального клапана является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) парастернальное продольное б) парастернальное поперечное на уровне аорты в) парастернальное поперечное на уровне митрального клапана г) верхушечное четырехкамерное д) верхушечное пятикамерное <p>13. Основной признак пролапса митрального клапана</p> <ul style="list-style-type: none"> а) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия б) наличие кальцината на створке митрального клапана в) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана г) все вышеперечисленное <p>14. Прямое чтение данных спирографии может быть использовано для измерения всех следующих объемов и емкостей, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дыхательный объем б) резервный объем вдоха или выдоха в) жизненная емкость легких г) остаточный объем легких д) функциональная остаточная емкость <p>15. При обструктивных нарушениях вентиляции увеличиваются следующие показатели</p> <ul style="list-style-type: none"> а) остаточный объем легких б) жизненная емкость легких в) объем форсированного выдоха за 1 с. г) резервный объем вдоха д) резервный объем выдоха е) общая емкость легких
--	---

Набор инструментальных методов исследования

<p align="center">Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Q-инфаркт миокарда задне-диафрагмальной области. 2. БЛНПГ 3. Трепетание предсердий 4. БЛНПГ 5. ГЛЖ 6. Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной области, верхушки. Желудочковая экстрасистола. 7. Ритм кардиостимулятора
--	---

	8. Холтер ЭКГ 9. Дуплексное сканирование внечерепных отделов сосудов головы и шеи 10. Суточное мониторирование АД. 11. ЭхоКГ ГЛЖ 12. ЭхоКГ Инфекционный эндокардит 13. ЭхоКГ Рубцовые изменения 14. ЭхоКГ Аортальный стеноз 15. Спирометрия
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

25.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: 61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) 76 – 90%	
Хорошо (4) 91-100	
Отлично (5)	

26.Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	22. Знание алгоритма решения
Хорошо (4) - пяти критериям	23. Уровень самостоятельного мышления
Отлично (5)	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

27.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	

<p>Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	--

28.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Функциональная
диагностика»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	НИИ – набор инструментальных методов исследования,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Инструментальные методы исследования	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
ПК	5	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ДВ.1.2</i>	«Функциональная диагностика»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ДВ.1.2</i> «Функциональная диагностика»	<ol style="list-style-type: none"> 21. Анализ нормальной электрокардиограммы. 22. Стенокардия. Клиника. диагностика, лечение. 23. Атеросклероз. Современная концепция патогенеза. 24. Инфаркт миокарда. Клиника. диагностика, лечение. 25. ЭКГ. Принцип метода, физические основы. 26. Понятие об ОКС. 27. Нарушения ритма сердца и проводимости. Клиника. диагностика, лечение. 28. Инфекционный эндокардит. Клиника. диагностика, лечение. 29. Опухоли сердца. Клиника. диагностика, лечение. 30. Бронхиальная астма. Клиника. диагностика, лечение. 31. ХОБЛ. Клиника. диагностика, лечение. 32. Артериальная гипертензия. Клиника. диагностика, лечение.
--	--

Перечень дискуссионных тем :

<i>Б 1.В.ДВ.1.2</i> «Функциональная диагностика»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современная функциональная диагностика в клинической практике: новые возможности и ограничения 2. Ультразвуковые технологии и клиническая медицина: проблемы, перспективы, инновации 3. Гибридные технологии, возможности применения в медицине 4. Функциональная и ультразвуковая диагностика заболеваний различных органов и систем 5. Применение современных диагностических технологий в сложных клинических ситуациях 6. Возможности систем длительного мониторинга функциональных параметров (мониторирование экг, ад, дыхания, вариабельность сердечного ритма) 7. Нагрузочное тестирование (тредмилтестирование, велоэргометрия, стрессэхокг) 8. Современные функциональные методы диагностики в кардиологии 9. Современные функциональные методы диагностики в пульмонологии 10. Высокотехнологичные методы функциональной
--	---

	диагностики в кардиологии
--	---------------------------

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Велоэргометрия. Показания и противопоказания. Методика проведения. 2. Велоэргометрия. Критерии остановки пробы. Формирование заключения. 3. Тредмил. Методика проведения. Оценка результатов пробы. 4. Суточное мониторирование артериального давления. Методика проведения. Показания и противопоказания. Оценка показателей. 5. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Показания и противопоказания. Методика проведения. 6. Холтеровское мониторирование ЭКГ в диагностике ишемической болезни сердца. 7. Эхокардиография. Возможности метода. Диагностика ИБС. 8. Спирография. Показания и противопоказания. Методика проведения. 9. Спирография. Методы оценки показателей. Типы нарушения вентиляционной способности легких. 10. Чреспищеводная электростимуляция предсердий. Показания и противопоказания. Методика проведения. 11. Стресс эхокардиография. Показания и противопоказания. Методика проведения.
---	---

Критерии и шкала оценивания

9. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

10. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность

<p>- четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)</p>	<p>3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей</p>
--	---

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»**

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Водно-электролитный баланс.

1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус.

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na^+ получил больной в этом объеме.

6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

7. Больному K за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.

8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемия
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

Кислотно-основные состояния

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO ₂	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- a. Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- b. Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- c. Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- d. Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- e. Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- f. Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- g. Показатель pCO₂ (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

2. Выберите единственный верный ответ.

К причинам негазового алкалоза относят:

Выберите один ответ:

- a. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- b. сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- c. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 M HCl

Ответ:

5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.

1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Глутатиона
- b. Порфиринов
- c. Холестерина
- d. Креатина
- e. Непарных желчных кислот

2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H₄-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлиппротеинемий была предложена в 1965г

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
2. синдрома цитолиза;
3. синдрома холестаза;
4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
5. синдрома портальной гипертензии.

4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
 - b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;
 - c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;
 - d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
 - e. *in vivo* подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;
 - f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;
 - g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;
 - h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;
5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

1. предшественники простагландинов;
 2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;
 3. иммунный ответ;
 4. являются предшественниками кортикостероидов;
 5. транспортная функция.
6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

- a. менее 3,5 ммоль/л;
- b. не более 1,8 ммоль/л;
- c. не более 3,5;
- d. менее 2,5 ммоль/л;
- e. менее 5,5 ммоль/л.

Заключительный тест

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

- Верно
Неверно

2. **В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

- a. 7,45-7,55
- b. 7,25-7,35
- c. 7,35-7,45

3. Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

5. Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:

Выберите один ответ:

гепатозах

гипоксии

гепатитах

циррозе печени

гликогенозах

7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

грамм

мг

8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалога ФРПФ

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL₁?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

а. ТТГ

б. Кальцитонин

с. окситоцин

- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфоорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Аδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента. Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

24. Всасывание липидов происходит преимущественно в

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

25. Величина онкотического давления крови определяется:

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет

- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный цикл»

Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенции (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
 - ж. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
 - з. **непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
 - и. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
 - к. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
 - л. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку

м. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"

2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение

е. **горизонтальное, на спине с твердой основой**

ж. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)

з. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)

и. полусидя с валиком под лопатками

к. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

3. В преагональном состоянии артериальное давление составляет:

а) **60/20 мм рт.ст.**

б) 40/0 мм рт.ст.

в) не определяется

г) 80/40 мм рт.ст.

д) 90/45 мм рт.ст.

4. Выполнение коникотомии требуется в случае:

а) остановки дыхания при электротравме

б) остановки дыхания при утоплении

в) отека легких

г) остановки дыхания вследствие ЧМТ

д) обтурации верхних дыхательных путей

5. Основными признаками клинической смерти являются:

А) Нитевидный пульс на сонной артерии

Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии

В) Отсутствие пульса на бедренной артерии

Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

А) Пульс на сонной артерии во время массажа

Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа

В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии

Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

А) 0,5 мл 0,1 % раствора

Б) 1,0 мл 0,1% раствора

В) 3 мл 0,1% раствора

Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

А) Синусовая брадикардия

Б) Мерцательная аритмия

В) Желудочковая экстрасистолия

Г) Фибрилляция желудочков

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

А) Асистолия

Б) Фибрилляция желудочков

- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) Всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) Запястьями, не сгибая рук в локтях
- Г) Запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания
- В) По степени угнетения рефлексов
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония
- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта
- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- д. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- е. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- ж. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- з. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- д. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- е. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- ж. 4-5 таблеток глюкозы
- з. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

88. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

20. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

21. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

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

22. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

23. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

24. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии

- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

25. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада
- г. экстремальная синусовая брадикардия

26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- в. запястьями, не сгибая рук в локтях
- г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
10.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
11.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя	УК-1

	спасателями на фантоме	УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
12.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
13.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
14.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
15.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
16.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
17.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
18.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5

		ОПК-10
--	--	--------

Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
10.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
11.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
12.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
13.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
14.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
15.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
16.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
17.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
18.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10

Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые

неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий

- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	B	95-91	ВЫСОКИЙ	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в	C	90-86	СРЕДНИЙ	4 (4+)

терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	85-81	СРЕДНИЙ	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)

требуется поправка, коррекция.				
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Fx	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.</p>	F	40-0	НЕ СФОРМИР ОВАНА	2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ.
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	ФТД.2.1 «Экстренная медицинская помощь»		21
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
2.	ФТД.2.2 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых		3
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	ИТОГО:		24 ч

Формы контроля выполнения самостоятельной работы:

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

Требования к оформлению докладов.

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

Критерии оценки доклада.

«5» (отлично) – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает

на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«4» (хорошо) – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«3» (удовлетворительно) – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

«2» (неудовлетворительно) – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.