федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ТЕРАПИЯ**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.37 Клиническая фармакология***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

 высшего образования- программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности *31.08.37 Клиническая фармакология*, утвержденной

 ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**1.Темы для докладов и презентаций**

1. Дифференциальная диагностика и лечение выпотов в плевральную полость

2. Дифференциальная диагностика синдрома болей в левой половине грудной клетки.

3. Дифференциальная диагностика синдрома болей в животе.

4. Дифференциальная диагностика отечного синдрома

5. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий

6. Дифференциальный диагноз ком в практике врача терапевта

***2.Карта экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации***

Нужное подчеркнуть

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число месяц год

Место проведения экспертизы(консультации):

амбулаторно-поликлиническое учреждение-1,стационар-2

№ истории болезни (с указанием профиля отделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращение по данному заболеванию в текущем году: первичное-1, повторное-2.

Госпитализация по данному заболеванию в текущем году: первичная -1,

повторная-2.

Диагноз заключительный(клинический):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности объективного статуса, клинико-лабораторных и инструментальных исследований:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

Оценка качества фармакотерапии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Да | Нет | Не в полной мере |
| 1.Соответствие стандартам и протоколам лечения |  |  |  |
| 2.Рациональность выборв базового лекарственного средства (ЛС) |  |  |  |
| 3.Рациональность выбора комбинации ЛС |  |  |  |
| 4.Адекватность дозового режима |  |  |  |
| 5.Адекватность курсового режима |  |  |  |
| 6.Наличие нежелательных побочных реакций (НПР) |  |  |  |
| 7.Мероприятия. проводимые по предупреждению прогнозируемых НПР |  |  |  |
| 8.Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом (клиническая эфыфективность, сроки проведения необходимого комплекса диагностисческих и лабораторных исследований) |  |  |  |

Заключение: проводимая фармакотерапия: 1-коррекции не требует, 2-требует частичной коррекции, 3-требуется изменения схемы лечения

Рекомендации(для протокола консультации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-клинический фармаколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема № 1:** Избранные вопросы ревматологии

**Формы текущего контроля успеваемости**- *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Этиология РБС
2. Патогенез РБС
3. Классификация РБС
4. Клиника РБС
5. Диагностика РБС
6. Лечение РБС
7. Диспансеризация РБС
8. Прогноз РБС
9. Профилактика РБС
10. Классификациядиффузныхзаболеванийсоединительнойткани
11. Особенностипоражения ССС при СКВ
12. Особенности поражения ССС при системной склеродермии
13. Особенности поражения ССС при дерматомиозите (полимиозите) идиопатическом;
14. Особенности поражения ССС при болезни (синдром) Шегрена;
15. Особенности поражения ССС при ревматической полимиалгии
16. Особенности поражения ССС при рецидивирующем полихондрите

**Тестовые задания**

1. **Ревматизм вызывается**
2. стафилококком
3. β-гемолитнческим стрептококком группы С
4. пневмококком
5. β-гемолитическим стрептококком группы А
6. возбудитель неизвестен
7. **Ревматическому эндокардиту соответствует**
8. формирование пороков
9. нарушение атриовеитрнкулярной проводимости
10. деформация в суставах
11. отрицательный зубец Т на ЭКГ
12. **Поражение соединительной ткани при ревматизме проявляется и следующихлабораторных изменениях**
13. РФ
14. лейкоцитарный сдвиг влево
15. церулоплазмнн
16. ускорение СОЭ
17. **К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит**
18. воспалительным
19. дегенеративным
20. метаболическим
21. реактивным
22. сочетающимся со спондилоартритом
23. **Какие суставы наиболее часто поражаются при ревмагоидном артрите?**
24. дистальные межфаланговые суставы
25. проксимальные межфаланговые суставы
26. первый пястно-фаланговый сустав
27. суставы шейного отдела позвоночника
28. суставы поясничного отдела позвоночника
29. **Об активности ревматоидиого артрита свидетельствуют**
30. ускорение СОЭ
31. высокий титр АСЛ-0
32. повышение АлТ
33. узелки Гебердена
34. **При осмотре больного ревматоидным артритом обнаруживается**
35. узелки Бушара
36. покраснение в области суставов
37. ульнарная девиация пальцев кисти
38. хруст в суставах
39. **Для ревматоидного артрита характерно**
40. утренняя скованность
41. боли в суставах в первую половину ночи
42. поражение дистальных межфаланговых суставов
43. выраженная гиперемия в области суставов
44. **Лабораторными признаками активности ревматоидного артрита являются**
45. наличие СРБ
46. титрАСЛ-0
47. повышение ЛДГ
48. лейкоцитоз
49. **При каком осложнении ревматоидного артрита • анализ мочи является информативным тестом**
50. синдром Хаммена-Рича
51. перикардит
52. амилоидоз
53. дигитальныйангиит
54. **Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются**
55. остеопороз
56. межпозвоночные оссификаты
57. остеофитоз
58. односторонний сакроилеит
59. **Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС терапии?**
60. интерстициальный нефрит
61. плеврит
62. амилоидоз
63. интерстициальный фиброз легких
64. заскулит
65. **Поражение каких суставов наиболее характерно для реактивного артрита?**
66. пястно-фаланговые
67. голеностопный
68. локтевые
69. тазобедренные
70. **Лабораторными признаками болезни Рейтера являются**
71. ревматоидный фактор
72. анемия
73. протеинурия
74. обнаружение хламидий в соскобе из уретры
75. **Назовите наиболее эффективные средства для санации очага инфекции при реактивном артрите**
76. индометацин
77. сумамед
78. пенициллин
79. сульфаниламиды
80. **Для ризомелической формы болезни Бехтерева характерно**
81. поражение только позвоночника
82. поражение позвоночника и корневых суставов
83. поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп
84. поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных)
85. поражение только корневых суставов (тазобедренных и плечевых)
86. **Рентгенологическими признаками болезни Бехтерева не являются**
87. двусторонний сакроиеит
88. округлые дефекты костей черепа
89. остеофиты пяточных костей и костей таза
90. оссификация связок позвоночника
91. **Терапию какими препаратами считают основной при анкилозирующем спондилите?**
92. кортикостероидами
93. цитостатиками
94. НПВС
95. производными 4-аминохинолина
96. **Положительный эффект от ежечасного пероралъного приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при**
97. ревматоидном артрите
98. болезни Бехтерева
99. подагре
100. болезни Рейтера
101. пирофосфатнойартропатии
102. **Для суставного синдрома при СКВ характерно**
103. преимущественное поражение мелких суставов кистис упорной миалгией
104. преимущественное поражение крупных суставов
105. частое развитие контрактур
106. **Поражение кожи при СКВ состоит из наличия**
107. кольцевидной эритемы
108. чешуйчатого лишая
109. "бабочки" типа центробежной эритемы
110. папулезно-пустулезной сыпи
111. **Перечислите признаки, составляющие классическую диагностическую триаду при СКВ**
112. нефрит,дерматит, артрит
113. кардит, нефрит, артрит
114. кардит,дерматит, артрит
115. полисерозит, дерматит, артрит
116. **Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие**
117. амилоидоза
118. почечно-каменной болезни
119. пиелонефрита
120. гломерулонефрита
121. папиллярного некроза
122. **Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ?**
123. эритроцитоз
124. анемия гемолитическая
125. лейкоцитоз
126. тромбоцитоз
127. **К основным диагностическим признакам склеродермии относятся**
128. синдром Рейно
129. синдром Шегрена
130. очаговый и диффузный нефрит
131. полиневрит
132. **Из поражений сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии наиболее типичным является развитие**
133. митрального стеноза
134. аортальной недостаточности
135. экссудативного перикардита
136. крупноочагового кардиосклероза
137. асептического бородавчатого эндокардита
138. **Перечислите препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии**
139. D-пеницилламин, колхицин
140. преднизолон
141. индометацин
142. азотиоприн
143. **При остром течении узелкового периартериита назначают**
144. антибиотики
145. плаквенил
146. преднизолон и циклофосфамид
147. D-пеницилламин
148. бруфен
149. **Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является**
150. сухой перикардит
151. миокардит
152. крупноочаговый кардиосклероз
153. фибропластический эндокардит
154. коронарит
155. **Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?**
156. азатиоприн
157. коринфар
158. преднизолон
159. делагил
160. колхицин
161. **Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат**
162. ампициллин
163. дигоксин
164. делагил
165. бициллин
166. гентамицин

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У молодого человека, 17 лет, через 2 недели после носоглоточной инфекции возникли сердцебиение, одышка при физической нагрузке, субфебрильная температура. Обратился к врачу.

При обследовании: нормального телосложения, кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,5 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум, не иррадиирует. Выслушивается 3 тон. ЧСС 88 уд в мин Ритм правильный.. АД 110/70 мм ртст.. Печень у края реберной дуги. Дизурии нет.

На ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Удлинение PQ до 0,22 сек.

При обследовании в клиническом анализе крови выявлен незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ 18. СРБ «+» Антистрептолизин О 1:1250. На ЭХО-кардиограмме незначительное снижение сократительной способности миокарда. ФВ 50%. Клапаны не изменены. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

**Задание:**

1. Предположительный диагноз:

2. Выбрать оптимальные препараты для лечения:

**Задача 2**

Больной 32 лет, рабочий. Жалобы на небольшую одышку при физ. нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. Заболел 15 лет назад, когда после ангины появились боли и припухлость в коленных, голеностопных суставах летучего характера, прошедшие ч/з 2 нед. Во время призыва в армию обнаружены шумы в сердце. В армии не служил. До наст. времени чувствовал себя удовл. Месяц назад, ч/з 2 нед после ангины, появилась субфебрильная Т без ознобов и вышеуказанные жалобы.

Объективно: при осмотре румянец щек. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 26 в мин, I тон на верх. сердца хлопающий, ''ритм перепела'', мезодиастолический и грубый сист. шум на верх. сердца, пульс 86 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реб. дуги на 2 см. Отеков нет.На ЭКГ: расширение и двугорбость зубца P в первом и втором отвед.При лаб. обслед.: СОЭ 26 мм/час, СРБ ++, АСЛ ''0''-1:750.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назовите диагностические критерии заболевания, в том числе у данного больного.

3. Какие доп. исслед. следует провести и их предполагаемые результаты?

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных препаратов.

**Задача 3**

Больная 48 лет, инвалид 2 группы. Жалобы на утреннюю скованность до полудня, боли, припухлость и ограничение подвижности а проксим. м/фаланговых, пястно-фаланговых, плюсне-фаланговых, коленных, голеностопных и плечевых суставах. Боли в суставах уменьшаются после разминки, усиливаются во вторую половину ночи, утром. Больна 8 лет, заболевание началось постепенно, с поражения мелких суставов кистей. За время болезни в процесс постепенно вовлекались все новые суставы.

При поступлении припухлость, ограничение подвижности, болезненность при пальпации вышеуказанных суставов. Деформация пальцев кисти в виде ''пуговичной петли'', атрофия межкостных мышц, положительный симптом бокового сжатия.

По лаб. обслед.: эр- 3,3 х 10 в 12/л, Hb 102 г/л, СОЭ 38 мм/час, СРБ +, α-2-глобулины – 11,8%.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Назовите диагностические критерии заболевания у больного.

3. Какие дополнительные исследования следует провести, предполагаемые результаты?

4. Назовите рентгенологические стадии заболевания и дайте их характеристику.
5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов.

**Задача 4**

Больная 18 лет, студентка. Жалобы на высыпания на щеках розового цвета, боли и припухлость лучезапястных, коленных суставов и пястно-фаланговых суставов, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повышение температуры тела до 38,7°С, повышенное выпадение волос.

Больна в течение 3 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры, появления розовых высыпаний на щеках, болей в суставах и мышцах. За 3 месяца похудела на 5 кг. За неделю до поступления появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе.

Объективно: при осмотре очаги облысения на волосистой части головы, припухлость и болезненность вышеуказанных суставов, эритематозные высыпания сливного характера на щеках и спинке носа, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, тахикардия до 100 ударов в минуту, Т тела 37,8°С.

Общий анализ крови: Л – 3,2х109/л, эр - 3,6х1012/л, НВ – 102г/л, СОЭ – 32 мм/час. В крови обнаружены LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Назовите основные диагностические критерии заболевания у больной.

3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить, предполагаемые результаты

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов.

**Задача 5**

Мужчина 25 лет обратился к врачу по поводу схваткообразных болей в животе и обильной геморрагической сыпи на конечностях. Появлению этих симптомов предшествовало обострение хр. тонзиллита, по поводу которого принимал сульфаниламидные препараты в течение 6 дней.

Объективно: при осмотре состояние удовл., на коже верхних и нижних конечностей симметричные папуллезно-геморрагические высыпания. При надавливании элементы сыпи не исчезают, Т тела 37,8С сохраняется в теч. 3-х дней. С-мы раздражения брюшины слабоположительные. При глубокой пальпации живот б/б, периферические л/у не увеличены. Со стороны внутренных органов без патологии. Симптомы жгута, щипка не выражены.

Свертываемость крови, длительность кровотечения, ретракция кровяного сгустка нормальная. Анализ мочи: микрогематурия. Анализ крови: эр - 4500000, Нв - 150г/л, цв. показ. - 1,0, тромбоциты – 300 тыс., Л - 10000, э - 10%, п - 4%, с - 70%, л - 12%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

**Задания:**

1. Какой диагноз предполагаете?

2. Какие допонительные методы исследования считаете нужным провести?

3. План лечения и профилактических мероприятий.

4. Содержание иммуноглобулинов какого класса повышено при данном заболевании? Каково понимание патогенеза болезни?

5. Назовите калибр поражения сосудов при этом заболевании.

**Задача 6**

Больной 33 лет поступил с жалобами на одышку при ходьбе и приступы удушья по ночам, повышение Т тела, потливость. В 19 лет впервые диагностирован порок сердца. В последующие годы отмечались повторные атаки ревматической лихорадки. Последние 5 лет - отеки на голенях, одышка при небольшой физ. нагрузке, ухудшение состояния наступило в последний год, когда стали появляться ознобы, повышение Т тела.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ, кровоизлияния на коже предплечий и голеней, отеки голеней, выраженная пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. При пальпации верхушечный толчок усилен, определяется диастолическое дрожание. На верушкеке: I тон сохранен, систолический шум, занимающий всю систолу и проводящийся в подмышечную область, диастолический раскатистый шум. Над аортой: ослабление II тона и мягкий дующий диастолический шум, проводящийся к основанию грудины. АД 140/15 мм рт. ст. Пульс скорый, большой 96 уд/мин. На бедренной артерии - двойной шум Виноградова-Дюрозье.

Анализ крови: Нв - 80 г/л, лейкоциты - 12,0х10 в 9/л, СОЭ -57 мм/час. Формоловая проба полож. Анализ мочи: уд.вес 1025, белок 1,65 г/л, эритр. - 30-40 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зр.

**Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.

5. Показания к хирургическому лечению.

**Задача 7**

Больной 19 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана (недостаточность). Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

Объективно: бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IY – Y межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В области IY – Y межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в аксиллярную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II – III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эритроциты – 4,3\*1012/л; лейкоциты – 10,0\*109/л, п/я – 4%, с/я – 54%, э – 3%, л – 36%, м – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. Вес – 1015, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево, интервал PQ 0,16 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки перегрузки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

**Задания:**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.

2. Какие еще обследования необходимо провести больному?

3. Какие морфологические изменения определяют остроту течения процесса?

4. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

5. Составьте план лечения данного больного.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 2:**Избранные вопросы пульмонологии

**Формы текущего контроля успеваемости- *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Принципыдиагностики ХОБЛ
2. Принципыдифференциальнойдиагностики ХОБЛ
3. Принципылечения ХОБЛ
4. Факторырискаразвития ХОБЛ
5. Симптомы ХОБЛ
6. Спирометрия
7. Фармакотерапия ХОБЛ
8. ХОБЛ стабильноготечения
9. Обострение ХОБЛ
10. ХОБЛ и сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы
11. Путизаражения
12. Противоинфекционнаязащиталегких
13. Пневмонии и плевриты у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
14. Первичная легочная гипертензия: диагностика и лечение
15. Вторичная легочная гипертензия: диагностика и лечение.
16. Лёгочнаяартериальнаягипертензия
17. Лёгочная гипертензия, обусловленная поражением левых камер сердца
18. Лёгочная гипертензия, обусловленная патологией дыхательной системы и / или гипоксией
19. Хроническаятромбоэмболическаялёгочнаягипертензия
20. Лёгочная гипертензия, обусловленная неясными многофакторными механизмами

**Тестовые задания**

1. **Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии:**
2. нагноительные заболевания легких;
3. астматическое состояние;
4. центральные и периферические опухоли легких;
5. стеноз гортани;
6. профузное легочное кровотечение.
7. **Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии:**
8. крупозная пневмония;
9. бронхогенный рак с отдаленными метастазами;
10. инородное тело бронхов;
11. инсульт.
12. **Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:**
13. рентгенография;
14. томография;
15. бронхография;
16. ангиопульмонография;
17. флюорография.
18. **Бронхоскопию необходимо проводить при:**
19. ателектазе доли, сегмента легкого;
20. острой долевой, сегментарной пневмонии;
21. острой очаговой пневмонии;
22. экссудативном плеврите
23. **По клиническим данным заподозрен спонтанный не специфический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:**
	1. торакоскопия;
24. рентгеноскопия и рентгенография легких;
25. плевральная пункция;
26. сканирование легких;
27. бронхоскопия.
28. **К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:**
29. саркоидоз;
30. муковисцидоз и дефицит а1-антитрипсина;
31. гамартохондрома;
32. бронхиальная астма;
33. рак легкого.
34. **К заболеваниям с наследственным предрасположением неотносится:**
35. легочный протеиноз;
36. туберкулез;
37. бронхиальная астма;
38. пневмония.
39. **Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит все, кроме:**
40. тяжелое клиническое течение заболевания;
41. появление гнойной мокроты;
42. повышение температуры;
43. появление одышки.
44. **У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является:**
45. повторная вирусно-бактериальная инфекция;
воздействие промышленных газов и аэрозолей;
46. курение;
47. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.
48. **Возникновению хронического бронхита способствует:**
49. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатическихфакторов;
50. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева);
51. хроническое заболевание верхних дыхательных путей;
наследственное предрасположение к заболеванию легких
52. все перечисленное верно
53. **Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется:
формой заболевания;**
54. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия);
55. осложнениями;
56. преимущественной локализацией поражения
57. все перечисленное верно
58. **Основной симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:**
59. сильный надсадный сухой кашель;
60. кашель с мокротой;
61. одышка;
62. лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
63. цианоз слизистых губ.
64. **Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:**
65. воспалением слизистой оболочки крупных бронхов;
66. воспалением слизистой оболочки мелких бронхов;
67. повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов;
68. гипотрофией слизистой оболочки бронхов;
69. атрофией слизистой оболочки бронхов.
70. **Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:**
71. спирографии, пневмотахографии;
72. бронхоскопии;
73. исследования газов крови;
74. рентгенография легких;
75. ангиопульмонографии.
76. **Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:**
77. спазм бронхов;
78. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
79. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов;
80. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.
81. **Степень обструкции воздухоносных путей кореллирует с:**
82. интенсивностью кашля;
83. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов;
84. количеством выделяемой мокроты;
85. данными спирографии.
86. **Осложнениями хронического бронхита являются:**
87. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов;
88. очаговый и диффузный пневмосклероз;
89. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких;
90. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.
91. все перечисленное верно
92. **Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является:**
93. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов влегких;
94. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты;
95. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма;
96. обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.
97. **Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмофилических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:**
98. парентеральный;
99. пероральный;
100. ингаляционный;
101. небулайзерный;
102. ректальный.
103. **Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является:**
104. тяжелое клиническое течение заболевание; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами;
непереносимость бронхоспазмолитических средств;
105. выраженность одышки
106. все перечисленное верно
107. **Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено:**
дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств
108. усиление вязкости мокроты;
109. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей;
110. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными

все перечисленное верно

1. **Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:**
бронхоспазмом;
2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;
закрытием просвета бронхов вязким секретом
3. спадениеммелких бронхов на выдохе
4. все перечисленное верно
5. **Основу лечения бронхиальной астмы состовляет:**
6. элиминация причиннозначимогоаллегена;
7. гипосенсибилизация;
8. предупреждение и лечение инфекций;
9. использование лекарственных препаратов
10. все перечисленное верно
11. **Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме:**
12. b2-агонистов;
13. метилксантинов;
14. блокаторов b2-адренорецепторов;
15. ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
16. мембраностабилизирующих препаратов.
17. **Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это:**
18. острое вздутие легких;
19. генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;
20. генерализованный бронхоспазм;
21. генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом;
22. отек легких.
23. **Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:**
24. рефрактерность к b2-агонистам;
25. тяжесть экспираторного удушья;
26. выраженный цианоз;
27. неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;
28. вынужденное положение больного.
29. **Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:**
30. прогрессирование одышки;
31. нарастание цианоза;
32. исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;
33. повышение артериального давления;
34. тахикардия.
35. **При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немого легкого" неследует**:
36. увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов;
37. использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия;
38. провести бронхоскопию и бронхиоальвеолярныйлаваж;
39. увеличить дозировку бета-2-агониста.
40. **При пневмонии непоражается:**
41. интерстиция легких;
42. дыхательные бронхиолы;
43. альвеолы;
44. крупные бронхи.
45. **При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:**
ослабленное дыхание при отсутствии хрипов;
46. сухие хрипы;
крупнопузырчатые влажные хрипы;
47. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.
48. все перечисленное верно
49. **Диагноз пневмонии устанавливается на основании всего, кроме:**
50. клинических симптомов заболевания;
51. данных физикального исследования;
52. результатов рентгенологического исследования легких;
53. показателей лабораторных анализов.
54. **Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:**
55. пневмококк;
56. стрептококк;
57. стафилококк;
58. кишечная палочка;
59. клебсиелла.
60. **Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:**
61. пневмококка;
62. стафилококка;
63. клебсиеллы;
64. хламидии;
65. микоплазма.
66. **Наиболее часто возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является**:
67. пневмококк;
68. микоплазма;
69. клебсиелла;
70. протей;
71. хламидия.
72. **При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:**
73. давность заболевания;
74. индивидуальную непереносимость антибактериальных препаратов;
75. сопутствующие заболевания;
76. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.
77. **Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:**
78. через 1 неделю после начала лечения;
79. через 2 дня после нормализации температуры тела;
80. после исчезновения хрипов в легких;
81. после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
82. после нормализации РОЭ.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на приступы удушья, возникающие чаще ночью, длительностью от 30 минут до 2 часов, плохо купирующиеся бронхолитическими средствами.

Заболела около 5 лет назад, когда стали появляться приступы удушья с затрудненным выдохом, мучительным кашлем. Приступы снимались ингаляциями астмопента, беротека. Год назад поступила в реанимационное отделение больницы с астматическим статусом, развившимся после приема аспирина. Из астматического состояния была выведена назначением преднизолона, в последующем постепенно отмененного. В течение многих лет страдает полипозным риносинуситом, по поводу чего трижды проводилась полипэктомия. Прием ацетилсалициловой кислоты, анальгина вызвал у больной приступы удушья.

В стационаре приступы наблюдались ежедневно. Несмотря на лечение симпатомиметиками и эуфиллином они стали более продолжительными и тяжелыми. На 4 день состояние еще более ухудшилось. Больная стала внезапно агрессивной, появились двигательное беспокойство, зрительные и слуховые галлюцинации. Наросла одышка - до 40 экскурсий в минуту, отмечался выраженный цианоз кожных покровов и слизистых оболочек. АД 90/60 мм рт. ст. Ранее выслушиваемые в большом количестве сухие хрипы прогрессивно исчезали, мокрота не отходила. Появились эпилептиформные судороги. В дальнейшем наступила внезапная потеря сознания. Тахипноэ сменилось брадипноэ. На ЭКГ зарегистрированы признаки перегрузки правого предсердия.

**Задания:**

1. Оцените клиническуюситуацию, о развитии какого состояния можно думать?

2. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

3. Перечислите патогенетические варианты бронхиальной астмы.

4. Приведите определение и классификацию астматического статуса.

5. Ваши предложения по лечению, дайте характеристику лекарственных средств.

**Задача 2**

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 х 1012 /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 х 109 /л, СОЭ - 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conuspulmonale.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5.Составьте план лечения больного.

**Задача 3**

Больной 42 лет поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, боль в левой половине грудной клетки, повышение Т тела до 38С.

Заболевание началось остро. За неделю до поступления в больницу на рыбалке он сильно промок и замёрз. На следующий день появились указанные симптомы. Неделю лечился амбулаторно по поводу гриппа, однако самочувствие не улучшалось, Т тела достигла 39,5С, нарастала общая слабость.

Объективно: состояние ср. тяжести, число дыханий 24 в мин. В легких слева в подлопаточной области укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные звучные хрипы.

ОАК: лейк-13х109/л, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ 36 мм/час.

ОАМ: умеренная протеинурия и цилиндрурия.

Рентгенография органов грудной клетки: на уровне 8-9 ребер слева - инфильтративное затенение с нечеткими контурами.

**Задания:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Чем можно объяснить изменения со стороны мочи?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить диф.диагностику данного заболевания.

4. Перечислите возможные осложнения заболевания.

5. Составьте план лечения больного, дайте характеристику лекарственных препаратов.

**Задача 4**

Женщина 44 лет обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, появившуюся три месяца назад, повышение температуры тела до 37,2 С по вечерам, боли в суставах, побеление пальцев рук на холоде. Была диагностирована пневмония, по поводу которой в течение 1,5 месяцев проводилась терапия антибиотиками. Несмотря на лечение, состояние больной ухудшалось, нарастала одышка, появился цианоз, была госпитализирована в клинику.

Объективно: состояние средней тяжести. Цианоз лица и рук. Кожные покровы на руках плотные, отмечаются участки пигментации. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах выслушивается крепитация. Тоны сердца ясные, шумов нет, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст., печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: СОЭ до 33 мм/час.

Общий анализ мочи без изменений.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное усиление и деформация легочного рисунка, многочисленные мелкоочаговые тени в нижних отделах легких. Корни легких не расширены.

ЭКГ - отклонение электрической оси сердца вправо, признаки гипертрофии правого предсердия.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ 36%, ОФВ1 82%.

**Задания:**

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие обследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза.

3. Оцените показатели функции внешнего дыхания.

4. С какими легочными заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

**Задача 5**

Больной 20 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку, сухой кашель.

Пять дней назад, после переохлаждения, повысилась температура до 38С и появились боли в левой половине грудной клетки. Боли сначала были очень сильными, затем стали слабее, но увеличилась одышка.

При поступлении состояние тяжелое, одышка. Число дыханий 32 в 1 мин, предпочитает сидячее положение. Левая половина грудной клетки выбухает, отстает при дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже 10 ребра, дыхание не проводится. Сердце - правая граница на 3 см кнаружи от края грудины. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд. в мин АД 100/65 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо.

Рентгенография грудной клетки: слева интенсивное затенение с косым уровнем. Смещение органов средостения вправо.

Плевральная пункция получено 2000 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023, белок 4,8 г/л, проба Ривальта – положительная, при микроскопии основную массу клеток составляют дегенеративно-измененные нейтрофилы: единичные макрофаги и клетки мезотелия.

**Задания:**

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Укажите клинические признаки, позволяющие заподозрить инфицирование плеврального выпота.

3.Оцените данные анализа плевральной жидкости.

4. Перечислите причины, приводящие к скоплению жидкости в плевральной полости.

5. Составьте план лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 3:**Избранные вопросы гастроэнтерологии

**Формы текущего контроля успеваемости- *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Болезни пищевода (Пищевод Баррета. Эзофагиты): принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
2. Болезни желудка(Гастриты. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки): принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
3. Болезни кишечника(Энтериты. Колиты. Дисбактериоз кишечника): принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
4. Секреторнаяактивностьподжелудочнойжелезы
5. Болезни поджелудочной железы (Острый панкреатит. Хроническийпакреатит): принципы диагностики
6. Болезниподжелудочнойжелезы(Острый пакреатит. Хроническийпакреатит): дифференциальнаядиагностика
7. Болезниподжелудочнойжелезы(Острый панкреатит. Хроническийпанкреатит): лечение
8. Болезни печени и ЖВП (Хронические гепатиты.Циррозы печени. Хронический холецистит. ЖКБ. Дискинезия желчевыводящих путей): принципы диагностики
9. Болезни печени и ЖВП(Хронические гепатиты. Циррозы печен.Хронический холецистит. ЖКБ. Дискинезия желчевыводящих путей): принципы дифференциальной диагностики . Лечение

**Тестовые задания**

1. **Какой из перечисленных синдромов всегда встречается при НЯК?**
2. лихорадка
3. похудание
4. абдоменалгия
5. кровь в кале
6. нарушение функции кишечника
7. **Каким методам диагностики отдается предпочтение у больных НЯК?**
8. эндоскопическим
9. рентгенологическим
10. клинико -лабораторным
11. **Перечислите наиболее типичные эндоскопические критерии при НЯК**
12. резкий спазм ректосигмоидального изгиба
13. гиперемия, отек, контактная кровоточивость слизистой оболочки кишки с геморрагиями, эрозиями и язвами неправильной формы
14. фибринозно-гнойные наложения
15. органические сужения, обусловленные только малигнизацией
16. все вышеперечисленные признаки
17. **На какие оболочки кишки распространяется воспаление при болезни Крона?**
18. на слизистую
19. на подслизистую и мышечную
20. на все оболочки кишечной стенки
21. **Какие из осложнений наиболее типичны для болезни Крона?**
22. перфорация
23. острая токсическая дилатация
24. кровотечение
25. стриктуры
26. **Что неявляется показанием к срочным хирургическим мероприятиям при болезни Крона?**
27. перфорация
28. кишечная обструкция
29. массивное кровотечение
30. острый скоротечный гранулематозный колит
31. пальпируется "абдоминальная масса" в правой подвздошной ямке
32. **Дисфагия может наблюдаться при**
33. грыже пищеводного отверстия диафрагмы
34. ахалазии пищевода
35. склеродермии
36. раке пищевода
37. кардиомегалии
38. при всех перечисленных состояниях
39. **Что не являютсяосновным фактором, обусловливающим развитие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?**
40. атрофия мышечных волокон
41. слабость соединительнотканных структур
42. повышение внутрибрюшного давления
43. функциональные расстройства кишечной деятельности
44. **Гепатомегалия выявляется при**
45. острых гепатитах
46. хронических гепатитах
47. циррозах печени
48. болезнях накопления
49. болезнях крови
50. при всех вышеперечисленных состояниях
51. **Для печеночной желтухи наиболее характерно**
52. повышение уровня только непрямого билирубина
53. повышение уровня только прямого билирубина
54. повышение уровня обех фракций в зависимости от преобладания механизма обмена билирубина в печени
55. **Укажите наиболее типичные признаки морфологической картины печеночного биоптата при хроническом гепатите HCV-этиологии**
56. лимфо-гистиоцитарная инфильтрация печеночной паренхимы
57. наличие некрозов
58. пролиферация клеток эпителия желчных канальцев
59. формирование в строме печени лимфоидных фолликулов
60. наличие скоплений лимфоцитов в желчных канальцах
61. все перечисленное
62. **Какие из указанных препаратов наиболее эффективны для лечения хронических диффузных поражений печени вирусной этиологии?**
63. левамизол
64. эссенциале
65. интерферон α
66. интерферон β
67. интерферон γ
68. преднизолон
69. **Укажите наиболее характерный и специфический симптом, указывающий на малигнизацию при хроническом эзофагите**
70. дисфагия
71. боль при глотании
72. икота
73. изжога
74. **К препаратам, снижающим рефлюкс, относят**
75. атропин
76. метацин
77. церукал
78. папаверин
79. **В фазе затухающего обострения хронического панкреатитаназначаются следующие препараты кроме:**
80. блокаторы На-рецепторов гистамина
81. атропин
82. церукал
83. панкреатин
84. сомилаза
85. **Укажите "эталонный" метод диагностики опухолей поджелудочной железы**
86. МР-томография
87. компьютерная томография
88. ультразвуковое исследование
89. ангиография
90. **При каком из перечисленных заболеваний печениуровень сывороточного церулоплазмина играет ключевую роль и правильной постановке диагноза?**
91. болезнь Коновалова-Вильсона
92. гемохроматоз
93. первичный билиарный цирроз печени
94. аутоимунный гепатит
95. первичный склерозирующий холангит
96. **Перечислите диагностически не значимые биохимические показатели активности цирроза печени в развернутой клинической стадии**
97. повышение уровня аминотрансфераз
98. повышение показателей тимоловой пробы и снижение титра сулемовой пробы
99. повышение уровня коньюгированного билирубина
100. повышение уровня гамма - глобулинов
101. **Морфологические критерии хронического активного гепатита ~ это**
102. лимфо-гистиоцитарная инфильтрация печеночной паренхимы
103. мостовидные и мультилобулярные некрозы
104. повышенная фибробластическая активность
105. все перечисленные выше критерии
106. **Цитолитический синдром является основным показателем**
107. активности патологического процесса
108. тяжести патологического процесса
109. печеночно-клеточной недостаточности
110. портопеченочной недостаточности
111. **У больной А. в течение 5 лет отмечается упорный кожный зуд, стойкая желтуха, пальмарная эритема, ксантомы, гепато-и Спленомегалия. Определите характер желтухи у больной А.**
112. микросомальная
113. механическая
114. гемолитическая
115. печеночно-клеточная
116. печеночно-холестатическая
117. **К маркерам нарушения синтетической функции печени относится**
118. АлТ
119. АсТ
120. ЛДГ
121. щелочная фосфатаза
122. холинэстераза
123. **Синдром, отличающий хронический гепатит от цирроза печени**
124. гспатомегалия
125. внепеченочные знаки
126. диспепсия
127. цитолитический синдром
128. портальная гипертензия
129. **Наиболее характерный начальный симптом первичного билиарного цирроза**
130. гепатомегалия
131. внепеченочные знаки
132. спленомегалия
133. кожный зуд
134. желтуха
135. **Причиной застоя желчи в желчном пузыре могут быть**
136. сдавления и перегибы желчных протоков
137. дискинезии
138. все перечисленное
139. анатомические особенности строения желчного пузыря и протока
140. **Этиологические факторы хронического холецистита**
141. бактерии
142. лямблии
143. вирусы
144. токсические факторы
145. все перечисленное
146. **У больного желтуха с лимонным оттенком. Общий билирубнп -42,8 мкмоль/л, непрямой - 38,4 мкмоль/л, прямой - 4,4 мкмоль/л. Укажите вид желтухи**
147. надпеченочная
148. печеночная
149. подпеченочная
150. **Диагноз: хронический холецистит, фаза ремиссии. Необходимое амбулаторное лечение**
151. ограничение растительной пищи
152. тетрациклин
153. аллохол
154. атропин
155. платифиллин
156. **Дискинетический синдром при хроническом колите проявляется**
157. гиповитаминозом
158. болями в животе
159. гипокортицизмом
160. железодефицитной анемией
161. повышенной утомляемостью
162. нарушением стула
163. **При хроническом энтероколите с наибольшей осторожностью следует применять**
164. антибиотики
165. витамины
166. ферменты
167. сульфаниламиды
168. белковые препараты
169. **У больного резко снижена масса тела, работоспособность, длительные поносы, плохо корригируемые медикаментозной терапией, анемия, резкая гипопротеинемия и гипохолестеринемия, в патологический процесс вовлечены другие органы ЖКТ. Диагноз?**
170. хронический энтероколит с преимущественным поражением толстого кишечника, тяжелое течение
171. хронический энтероколит с преимущественным поражением тонкого кишечника, средней степени тяжести
172. хронический энтероколит с преимущественным поражением тонкого кишечника, тяжелое течение
173. хронический энтероколит с преимущественным поражением толстого кишечника, средней степени тяжести

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной 31 года жалуется на слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит, недомогание, временами апатию. Подобные жалобы беспокоят на протяжении последних 2-х лет. Связывал их развитие с усталостью (работает в течение нескольких лет менеджером без отпусков с ненормированным рабочим днем). В анамнезе хронический гастрит, в детстве – дискинезия желчного пузыря. Кроме того, сообщил, что несколько лет тому назад имелся непродолжительный период внутривенного употребления наркотиков. В настоящее время наркотики не употребляет, алкоголем не злоупотребляет.

При обследовании: повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с.= 66 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены.

Анализы крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ в 2 раза выше нормы, АСТ в 1,5 раза выше нормы при нормальных значениях белка, протромбина, холестерина, мочевины, креатинина, билирубина. Hbs антиген отрицательный, HCV Ag - положительные. УЗИ печени - диффузные изменения по типу жирового гепатоза. Желчный пузырь с несколько утолщенными стенками, в его просвете гомогенная желчь. Поджелудочная железа без патологии. Селезенка без особенностей.

**Задания:**

1. Для уточнения диагноза самым необходимым является исследование

2. При получении положительного ответа выбранного Вами исследования наиболее вероятен диагноз:

3. Содержат ли приведенные результаты обследования данные за сформировавшийся цирроз печени

4. Выберите наиболее адекватный метод терапии с учетом положительного ответа выбранного вами дообследования и ответа на предыдущий вопрос

**Задача 2**

У больного 25 лет несколько месяцев тому назад диагносцирован хронический гепатит С (имелось повышение АЛТ в 3 раза выше нормы, положительные HCV Ag, положительная PCR RNA HCV). В течение 3-х месяцев получает интерферон по 3 млн МЕ 3 раза в неделю. При контрольном обследовании выявлено снижение тромбоцитов до 90 промилле, лейкоцитов до 1,9 тыс., абсолютная нейтропения, появление белка в моче.

**Задания:**

1. С чем, вероятнее всего, связаны указанные изменения

2. В данной ситуации следует

3. Выберите осложнение, нетипичное для лечения интерфероном

4. Выберите верное утверждение

5. Выберите верное утверждение

**Задача 3**

45-летняя женщина предъявляет жалобы на неприятные ощущения за грудиной, которые она называет изжогой. В течение 5 лет она использовала антациды для уменьшения этих неприятных ощущений, и недавно стала самостоятельно принимать Н2-блокаторы с умеренно положительным эффектом. Пациентка отрицает дисфагию, потерю веса, рвоту или симптомы кровотечения. Она выкуривает до пачки сигарет в день, алкоголь не употребляет. При обследовании в кардиологическом стационаре патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. При осмотре обращает на себя внимание избыточный вес больной. При эндоскопическом исследовании выявлена только небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Биопсия не проводилась.

**Задания:**

Помимо рекомендаций по снижению веса и прекращения курения какую тактику в отношении этой пациентки Вы изберете

**Задача 4**

50-летний больной, злоупотребляющий алкоголем, доставлен в коматозном состоянии. Со слов родственников, несколько дней тому назад после обильного приема алкоголя отмечалась рвота (рвотные массы темно-коричневого цвета), после чего больной постепенно стал заторможенным, вялым, перестал разговаривать. При осмотре выраженная желтуха, кожные геморрагии, телеангиэктазии. Объем живота увеличен за счет свободной жидкости, печень и селезенку пальпировать не удается.

**Задания:**

При исследовании крови у данного больного с наибольшей вероятностью может быть выявлено?

**Задача 5**

Больного 32 лет, беспокоят частые изжоги, ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак по ночам (из-за чего вынужден просыпаться), после приема пищи через 2-3 часа, периодически возникает рвота кислым содержимым, приносящая больному облегчение. При сильных болях помогает питьевая сода, но-шпа. Болен 4 года, не обследовался, не лечился. Ухудшение состояния в осенне-весеннее время. Настоящее ухудшение в течение 3-х месяцев. Похудел на 6 кг.

Объективно: Состояние удовлетворительное, питание снижено. Эмоционально лабилен. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Со стороны органов дыхания, кровообращения патологии нет. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и в точке Певзнера. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонен к запорам.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какое дополнительное обследование необходимо больному?

4. Оцените трудоспособность больного.

5. Наметьте план обследования и лечения больного.

**Задача 6**

Больную 40 лет, беспокоит горечь во рту, тошнота по утрам, особенно после приема жирной и жареной пищи, постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся при ходьбе, езде в транспорте, периодически по вечерам повышение Т тела до 37,3° и 37,4°С. Больна 3 года. Ухудшение состояния 2 недели назад, после ОРВИ. Объективно: состояние удовлетворительное, Т 37,3°С. Язык обложен желтоватым налетом, влажный. Питание повышено (рост 162 см, вес 84 кг). В легких и сердце патологии нет. В правом подреберье и под правой лопаткой зоны кожной гиперестезии. Живот при пальпации болезненный в правой части эпигастральной области и правом подреберье. Положительные симптомы Мерфи (на вдохе толчок в правое подреберье – боль), Ортнера (поколачивание), Кера (болезненность в точке Кера). Печень и селезенка не пальпируются. Стул ежедневный, цвет кала обычный, без примесей.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференцивльную диагностику.

3. Наметьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

5. Показано ли санитарно-курортное лечение больной?

**Задача 7**

Больной З., 32 лет, слесарь-сантехник, поступил в стационар с жалобами на резкую общую слабость, постоянную ноющую боль в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер, темную мочу и обесцвеченный кал, потерю аппетита, тошноту, кожный зуд.

Болен около двух лет. Без всякой причины появилось желтушное окрашивание кожи и склер, потемнела моча, обесцветился кал. В течение месяца лечился в клинике инфекционных болезней по поводу острого вирусного гепатита. В последующие 1,5 года соблюдал диету, воздерживался от употребления спиртных напитков, чувствовал себя удовлетворительно, хотя ощущал тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту. Ухудшение связывает с нарушением режима питания и употреблением алкоголя. Постепенно нарастали перечисленные выше симптомы, что явилось причиной госпитализации больного.

При осмотре обнаружены: желтушность кожи и склер, сосудистые "звездочки” на лице, шее, груди и спине, "печеночные” ладони. Печень выступала на 4 см из-под реберной дуги, плотной консистенции, поверхность гладкая, край заостренный, селезенка пальпировалась на 3 см из-под реберной дуги, плотная, безболезненная.

Доп. исследования. Билирубин 254 мкмоль/л (связанный 64 скмоль/л), общий белок 92г/л, альбумины 45%, γ-глобулины 28 %, тимоловая проба 9,8 ед, трансаминазы: аспарагиновая 3,0 ммоль/л/час, аланиновая 4,0 ммоль/л/час.

**Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 4:**Избранные вопросы эндокринологии

**Формы текущего контроля успеваемости- *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных метаболическим синдромом
2. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных метаболическим синдромом
3. Профилактика и лечение сердечно-сосудистых осложнений
4. Лабораторные методы функциональной оценки сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом.
5. Липидные факторы риска (лабораторные критерии атерогенной дислипидемии). Нелипидные факторы риска модифицируемые и немодифицируемые.
6. Инструментальные методы функциональной оценки сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом
7. Расчет 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE, формирование групп пациентов по категориям сердечно-сосудистого риска (очень высокий, высокий, умеренный, низкий).
8. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных заболеваниями щитовидной железы
9. Профилактика и лечение сердечно-сосудистых осложнений у больных заболеваниями щитовидной железы
10. Лабораторные методы функциональной оценки сердечно-сосудистой системы у больных заболеваниями щитовидной железы.
11. Липидные факторы риска (лабораторные критерии атерогенной дислипидемии). Нелипидные факторы риска модифицируемые и немодифицируемые.
12. Инструментальные методы функциональной оценки сердечно-сосудистой системы у больных заболеваниями щитовидной железы
13. Расчет 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE, формирование групп пациентов по категориям сердечно-сосудистого риска (очень высокий, высокий, умеренный, низкий).

**Тестовые задания**

1. **Сахарный диабет 1-го типа следует лечить**
2. только диетотерапией
3. сульфаниламидными препаратами
4. инсулином на фоне диетотерапии
5. голоданием
6. бигуанидами
7. **У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость. Уровень сахара в крови 16 ммоль/л, мочи 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного**
8. сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)
9. сахарный диабет инсулинонезависимый (2-й тип)
10. сахарный диабет инсулинонезависимый (2-й тип), инсулинопотребный
11. сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
12. вторичный сахарный диабет
13. **Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете 2-го типа является**
14. кетонемическая кома
15. гиперосмолярная кома
16. инфаркт миокарда
17. гангрена нижних конечностей
18. диабетическая нефропатия
19. **Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения**
20. строфантина
21. изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
22. солей кальция
23. норадреналина
24. солей калия
25. **Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует**
26. отменить инсулин
27. применить пероральные сахароснижающие средства
28. уменьшить суточную дозу инсулина
29. уменьшить содержание углеводов в пище
30. увеличить получаемую суточную дозу инсулина
31. **Самым активным стимулятором секреции инсулина является**
32. аминокислоты
33. свободные жирные кислоты
34. глюкоза
35. фруктоза
36. электролиты
37. **Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего в**
38. миокарде
39. периферической нервной системе
40. центральной нервной системе
41. гепатоцитах
42. поперечно-полосатой мускулатуре
43. **Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?**
44. С-пептид
45. средняя суточная гликемия
46. гликолизированный гемоглобин
47. средняя амплитуда гликемических колебаний
48. уровень контринсулярных гормонов в крови
49. **Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному инсулинонезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек?**
50. манинил
51. глюренорм
52. хлорпропамид
53. диабетон
54. адебит
55. **Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название**
56. артериосклероз Менкеберга
57. синдром Мориака
58. синдром Нобекур
59. синдром Сомоджи
60. синдром Киммелстила-Уилсона
61. **К осложнениям инсулинотерапии не относятся**
62. гипогликемические состояния
63. кетоацидоз
64. постинсулиновыелиподистрофии
65. синдром Сомоджи
66. **Что из перечисленного не может быть причиной гипогликемии**
67. большая доза инсулина
68. в рационе недостаточное количество хлебных единиц
69. недостаточная доза инсулина
70. прием алкоголя
71. физическая нагрузка
72. **При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиротропного гормона**
73. нормальная
74. подавлена
75. повышена
76. **Наиболее информативным дифференциально-диагностическим**

**критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является**

1. йодопоглотительная функция щитовидной железы
2. показатели основного обмена
3. белковосвязанный йод
4. уровень трийодтиронина и тироксина в крови
5. содержание в крови холестерина
6. **Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает**
7. нарушение менструального цикла
8. тиреотоксикоз
9. брадикардию
10. бесплодие
11. электролитные сдвиги
12. **Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является**
13. агранулоцитоз
14. беременность
15. аллергические реакции на йодистые препараты
16. гиповолемия
17. старческий возраст
18. **При тяжелом гипотиреозе в сочетании со стенокардией второго функционального класса надлежит**
19. отказаться от лечения гипотиреоза
20. назначить ТТГ
21. начать лечение с малых доз тироксина
22. начать лечение с больших доз тироксина
23. назначить раствор Люголя
24. **Больная с диагнозом: диффузный токсический зоб 2-й степени тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении**
25. прием фенозепама
26. высокая доза обзидана
27. мерказолил
28. дальнейшее прогрессирование заболевания
29. ни одна из указанных причин
30. **У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение у больной?**
31. гипотиреоэ
32. тиреотоксический криз
33. травма гортанных нервов
34. гипопаратиреоз
35. остаточные явления тиреотоксикоза
36. **Для поражения сердца при диффузном токсическом зобе характерно**
37. постоянная синусовая тахикардия
38. частое развитие мерцания предсердий
39. снижение периферического сопротивления
40. формирование недостаточности кровообращения
41. все перечисленное верно
42. **Начальными симптомами активной акромегалии являются**
43. потливость
44. расхождение зубов
45. увеличение размера обуви
46. увеличение кистей
47. все перечисленное
48. **Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является**
49. развитие макроаденом гипофиза с повышением секреции АКТГ
50. катаболическое действие кортикостероидов
51. снижение уровня АКТГ в связи с нарушением секреции кортиколиберина
52. развитие выраженных электролитных нарушений
53. понижение чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы к кортикостероидам (нарушение в системе "обратной связи")
54. **Для острой надпочечниковой недостаточности не характерно**
55. лихорадка
56. боли в животе
57. тошнота
58. артериальная гипертензия
59. **В отличие от гипертонической болезни для феохромоцитомы более типично**
60. развитие у лиц молодого возраста
61. неэффективность гипотензивной терапии мочегонными
62. сочетание гипертонического криза с повышением температуры тела
63. повышение уровня катехоламинов и ванилинминдальной кислоты в моче
64. ортостатическая гипотензия
65. все перечисленное
66. **Для аддисонического криза характерны**
67. неукротимая рвота
68. падение АД
69. прострация
70. ацетонурия
71. все перечисленное
72. **Пигментация кожи при болезни Аддисона требует проведения дифференциального диагноза со следующими состояниями**
73. диффузный токсический зоб
74. гемохроматоз
75. пеллагра
76. склеродермия
77. все перечисленное
78. **Укажите этиологические факторы сахарного диабета 1-го типа**
79. ожирение
80. вирусное поражение В-клеток
81. травма поджелудочной железы
82. психическая травма
83. аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсульта
84. **Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия?**
85. актрапид
86. семиленте
87. инсулин В
88. ленте
89. ультраленте
90. **К диабетической нейропатии относится**
91. радикулопатия
92. полинейропатия
93. амиотрофия
94. энцефалопатия
95. все перечисленное
96. **Для сахарного диабета типично**
97. жажда
98. полиурия
99. гипергликемия
100. глюкозурия
101. все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

27-летний больной, злоупотребляющий алкоголем, доставлен в клинику с болями в животе, многократной рвотой содержимым желудка с коричневатым оттенком. Анамнез без особенностей. Объективно: заторможен, выраженная дегиратация, ЧСС 100/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание частое, глубокое, 32/мин, хрипов не прослушивается. Живот болезненный при пальпации. Печень выступает из подреберья на 4 см, умеренно болезненная. Количество лейкоцитов в крови 18х109/л.

**Задания:**

Какое предположение об имеющейся патологии, определяющее диагностическую и лечебную тактику, наиболее вероятно?

**Задача 2**

Больная 52 лет. Предъявляет жалобы на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 1,76 м, масса тела - 96 кг. ИМТ – 31,0 кг/м2. Кожные покровы сухие. Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови – эритроциты - 4,2 х 1012/л, Нв-120 г/л цв. показ. - 0,9, лейкоциты-8,0 х 109/л, э-2%, п-2%, с-56%, л-39%, м-1%, СОЭ-20 мм/час.

Общий анализ мочи – цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1020, белок -«0» г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з, лейкоциты – 3 – 4 в п/з.

Глюкоза крови натощак – 9,2 ммоль/л, сахар мочи – 8 ммоль/л, ацетон (-), гликозилированный гемоглобин (Нв А1с) - 7%. Суточный гликемический профиль: 6.00 – 5,8 ммоль/л, 10.00 – 9,0 ммоль/л, 13.00 – 11,8 ммоль/л, 16.00 – 10,2 ммоль/л, 22.00 – 4,0 ммоль/л.

Холестерин - 8,1 ммоль/л, Остаточный азот - 23,5 ммоль/л.

Осмотр окулиста: глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие, артерии узкие извиты, вены полнокровны, микроаневризмы.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз, тип, тяжесть и фазу компенсации. и проведите обоснование диагноза.

2. Наметьте план обследования.

3. Рассчитайте диету, дайте ее характеристику.

4. Обоснуйте лечение.

**Задача 3**

Больной Р., 29 лет. Болен сахарным диабетом с 12 лет. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. Постоянно находится на интенсифицированной инсулинотерапии, в настоящее время получает Хумулин NРН 16 ЕД перед завтраком и 10 ЕД перед ужином, Хумулинрегуляр перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) 8/4/6 ЕД. В течение 5 лет отмечает снижение зрения, около года периодически появляются отеки нижних конечностей, повышение артериального давления.

Объективно: рост – 1,70 м, масса тела – 74 кг. Кожные покровы бледные, пастозность лица, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца смещена влево на 1 см от левой срединно-ключичной линии. При аускультации – тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 159/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови – эритроциты - 4,0 х 1012/л, Нв-124 г/л, цв. показ. 0,93, лейкоциты-6,8 х 109/л, э-1%, п-3%, с-61%, л-30%, м-5%, СОЭ-16 мм/час.

Общий анализ мочи – цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1030, белок 0,099 г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з, лейкоциты 3 – 4 в п/з, эритроциты 1 – 3 в п/з, бактерии (+).

Глюкоза крови натощак 14,0 ммоль/л. Суточный гликемический профиль 6.00 – 8,5 ммоль/л, 10.00 – 9,8 ммоль/л, 13.00 – 12,8 ммоль/л, 16.00 – 13,6 ммоль/л, 22.00 – 8,8 ммоль/л.

Сахар мочи 16,8 ммоль/л.

Общий белок - 62г/л, остаточный азот – 24 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, мочевина – 6,4 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л.

Глазное дно: диски зр. нервов бледные, артерии сужены, вены расширены, микроаневризмы, точечные геморрагии.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Назовите основные клинические симптомы сосудистых осложнений.

3. Проведите коррекцию лечения.

4. Определите вторичную профилактику.

**Задача 4**

Больная Л., 16 лет, доставлена в стационар в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих больная страдает сахарным диабетом с 10-ти летнего возраста, постоянно получает инсулинотерапию (хумулин НПХ 8.00 – 16 ЕД, 17.00 – 8 ЕД, хумулинрегуляр 8.00 – 6 ЕД, 13.00 – 4 ЕД, 17.00 – 6 ЕД). Уровень гликемии 7,0 – 8,0 ммоль/л. Ухудшение общего самочувствия и потеря сознания произошли внезапно, во время урока физкультуры.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены. Тризм жевательной мускулатуры. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. Пульс - 96 уд. в мин., АД - 100/55 мм рт. ст. Дыхание частое, поверхностное, хрипов нет. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Данные лабораторного исследования. Глюкоза крови – 2,7 ммоль/л, сахар мочи (-), ацетон (-).

**Задания:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Объясните патогенетические механизмы комы.

3. Проведите дифференциальную диагностику комы у данной больной.

4. Проведите экстренные мероприятия.

5. Определите методы профилактики.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 5:** Избранные вопросы нефрологии

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Оценкафункциональногосостоянияпочек
2. Прогнозированиесердечно-сосудистогориска
3. Методы оценки функционального состояния почек
4. Скрининг пациентов для выявления нарушений функции почек
5. Методыоценкискоростиклубочковойфильтрации
6. Коррекцияартериальнойгипертонии
7. Коррекциядислипидемии
8. Диагностика ХБП
9. Дифференциальнаядиагностика ХБП
10. Принципылечения ХБП
11. Хроническая болезнь почек (ХБП). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
12. Факторырискаразвития ХБП
13. Маркерыповрежденияпочек
14. Стадии ХБП
15. Критерии ХБП
16. Клинико-лабораторныепоказателиповрежденияпочек
17. Оценкаскоростиклубочковойфильтрации
18. Взаимоотношение социально-значимых заболеваний сердца и ХБП

**Тестовые задания**

1. **У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки,макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:**
2. острый гломерулонефрит;
3. острый пиелонефрит;
4. обострение хронического гломерулонефрита;
5. апостематозный нефрит;
6. амилоидоз почек.
7. **Нефротический синдром может наблюдаться при:**
8. амилоидозе;
9. системной краснойволчанке;
10. диабетической нефропатии;
11. геморрагическом васкулитеШенлейна-Геноха.
12. все ответы верны
13. **Злокачественная гипертензия возможна при:**
14. пиелонефрите;
15. узелковомпериартериите;
16. первичном нефросклерозе;
17. истинной склеродермической почке.
18. все ответы верны
19. **Вторичный амилоидоз может развиваться при:**
20. ревматоидном артрите;
21. псориатическом артрите;
22. опухолях;
23. бронхоэктазах.
24. все ответы верны
25. **Для почечной колики характерны:**
26. боли в поясничной области;
27. дизурические явления;
28. положительный симптом Пастернацкого;
29. иррадиация боли в низ живота или паховую
30. область.
31. все ответы верны
32. **Нефроптоз может осложниться:**
33. пиелонефритом;
34. форникальным кровотечением;
35. .артериальной гипертензией;
36. нарушением венозного оттока.
37. Все ответы верны
38. **Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточностиспособствует:**
39. артериальная гипертензия;
40. анемия;
41. перегрузка жидкостью, натрием;
42. 4.нарушение электролитного и кислотно-щелочного состояния.
43. все ответы верны
44. **При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следуетпредусмотреть:**
45. ограничение белка;
46. достаточную калорийность пищи;
47. исключениекалийсодержащих продуктов;
48. назначение кетостерина
49. все ответы верны
50. **У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:**
51. дерматомиозита;
52. системной красной волчанки;
53. системной склеродермии;
54. узелкового артериита;
55. ревматической полимиалгии.
56. **У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли вживотебез точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже переднейбрюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:**
57. бактериальный перитонит;
58. абдоминальный нефротический криз;
59. почечная колика;
60. гапостематозный пиелонефрит;
61. кишечная колика.
62. **Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:**
63. нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
64. гематурия и гиперазотемия;
65. микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;
66. протеинурия и гематурия;
67. протеинурия и артериальная гипертензия.
68. **Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующейнемедленного вмешательства, является:**
69. повышение содержания мочевины в крови;
70. повышение содержания креатинина в крови;
71. гиперфосфатемия;
72. гиперкалиемия;
73. гиперурикемия.
74. **К уремической интоксикации не имеет отношения:**
75. кожный зуд;
76. эритроцитоз;
77. полиурия, полидипсия;
78. тошнота, рвота;
79. мышечные судороги.
80. **Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можносчитать:**
81. повышение артериального давления;
82. полиурию, полидипсию;
83. гиперкалиемию;
84. метаболический ацидоз;
85. судороги.
86. **Амилоидоз почек может наблюдаться при:**
87. ревматоидном артрите;
88. периодическойболезни;
89. туберкулезе;
90. бронхоэктатической болезни.
91. все ответы верны
92. **Для отеков почечного генеза не характерны их локализация**
93. на лице;
94. на ногах;
95. изолированно на руках;
96. на всех конечностях и туловище;
97. нет правильного ответа.
98. **К понятию нефротического криза относят:**
99. боли в животе
100. повышение температуры тела
101. рожеподобная эритема кожи
102. резкое ухудшение общего состояния больного
103. все вышеперечисленное
104. **Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче свидетельствует о:**
105. хроническом гломерулонефрите;
106. хроническом пиелонефрите;
107. амилоидозе почек;
108. патологии почек без дифференциации заболевания;
109. не имеет диагностической ценности.
110. **Определение чувствительности флоры к антибактериальным препаратам:**
111. имеет большое клиническое значение;
112. не имеет клинического значения;
113. имеет большое клиническое значение только при пиелонефрите;
114. имеет большое клиническое значение только при интерстициальном нефрите;
115. имеет большое клиническое значение только при гломерулонефрите.
116. **Общий анализ крови способствует установлению:**
117. хронического гломерулонефрита;
118. хронического пиелонефрита;
119. амилоидоза почек;
120. люпус-нефрита;
121. не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения.
122. **В пожилом возрасте происходит:**
123. повышение клубочковой фильтрации;
124. понижение клубочковой фильтрации;
125. сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне;
126. понижение клубочковой фильтрации только у мужчин;
127. понижение клубочковой фильтрации только у женщин.
128. **Во время беременности происходит:**
129. повышение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра;
130. повышение клубочковой фильтрации в конце беременности;
131. понижение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра;
132. понижение клубочковой фильтрации в конце беременности;
133. клубочковая фильтрация не меняется.
134. **О состоянии клубочковой фильтрации можно косвенно судить по величине:**
135. мочевины плазмы;
136. креатина плазмы;
137. остаточного азота;
138. азота мочевины;
139. всех указанных параметров.
140. **Отберите функциональную протеинурию:**
141. Ортостатическая протеинурия;
142. Лихорадочная протеинурия;
143. Протеинурия напряжения;
144. Протеинурия переполнения;
145. Микроальбуминурия.
146. **Повышение мочевины плазмы крови может следствием:**
147. обезвоживания;
148. повышенного катаболизма;
149. почечной недостаточности;
150. чрезмерного использования диуретиков;
151. при всех указанных состояниях.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Геолог 26 лет, страдающий хроническим тонзиллитом, в экспедиции перенес ангину; спустя 2 недели отметил отеки век, слабость, снижение работоспособности. Появились одышка, отеки лица, поясницы. Через 3 месяца после начала болезни отмечаются отеки лица, поясницы, гидроторакс. Глухие тоны сердца. АД 125\80 мм рт. ст. Анализ мочи: относительная плотность 1021, белок 9 г\л, эритроциты 15-20 в поле зрения, гиалиновые цилиндра 2-4 в препарате.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз:

**Задача 2**

Больной Н., 67 лет, пенсионер. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5 °С последние 5 дней. В течение года дважды был госпитализирован в урологическое отделение по поводу аденомы простаты, выведена цистостома. В анамнезе хронический пиелонефрит, сахарный диабет. Вредные привычки: курение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабоположительный справа. Отеки голеней.

В анализах мочи: протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, умеренная эритроцитурия, глюкозурия. В крови — нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипохромная анемия, гипергликемия.

**Задание:**

1. Поставить диагноз на основании клинических данных?

2. План обследования больного при данной патологии.

3. Выбор ведения пациента — в амбулаторных условиях или госпитализация?

**Задача 3**

Больной К., 28 лет, строитель, обратился с жалобами на слабость, головную боль, боли в области поясницы, отеки на лице, ногах, руках, в области мошонки; отмечает редкое мочеиспускание со сниженным количеством мочи грязно-розового цвета. Вышеперечисленные жалобы появились накануне утром.

Из анамнеза: часто болеет простудными заболеваниями, ангинами, так как работа связана с переохлаждением. Последний раз около 3 нед назад болело горло и отмечался подъем температуры тела до 38—39 °С в течение 4 дней. К врачу не обращался, лечился самостоятельно «народными средствами».

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Отечность в области век, пастозность голеней, отечность мошонки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 58 уд/мин, АД — 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания слабоположительный с двух сторон.

В анализах крови: лейкоцитоз с лимфоцитопенией, эозинофилия, анемия, ускорение СОЭ. Мочевина крови — 12 ммоль/л, остаточный азот крови — 30 ммоль/л, креатинин крови — 0,35 ммоль/л.

В анализах мочи: олигурия — 400 мл/сут, гематурия: эр. — 60 в поле зрения, лейкоцитурия, суточный белок мочи — 3 г, клетки почечного эпителия, гиалиновые, зернистые и эритроцитарные цилиндры.

**Задание:**

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Есть ли показания к госпитализации?

3. Прогноз заболевания, план диспансерного наблюдения;

4. Продумайте вопрос экспертизы трудоспособности, вопрос о профессиональном соответствии.

**Задача 4**

Больной Н., 57 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5 °С, боли в области поясницы, отеки ног, рук, отечность лица, больше в утреннее время, головную боль. Свое состояние связывает с переохлаждением.

В анамнезе 2 года назад при обследовании по поводу повышенного АД в анализах мочи были выявлены протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Был поставлен диагноз: «хронический гломерулонефрит, латентная форма». Больной поставлен на учет, однако в последующий период к врачу не обращался.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабоположительный с двух сторон. Выраженные отеки голеней, рук, лица.

**Задание:**

1. О какой форме хронического гломерулонефрита идет речь?

2. Диагностические критерии постановки диагноза..

3. Выбор ведения пациента – в амбулаторных условиях или госпитализация?

**Задача 5**

У больной 25 лет после очередной ангины, спустя 3 нед. появились отеки на лице, головные боли, слабость. Отеки прогрессировали, отмечалось усиление головных болей, появилось головокружение, шум в ушах, прогрессивно снижалась острота зрения. На 7 день количество мочи уменьшилось, появились диплопия, чувство тяжести в подреберьях, рвота. Больная потеряла сознание, внезапно возникли тонические, а затем клонические судороги. С подозрением на опухоль головного мозга и эпилепсию больная доставлена в нейрохирургическое отделение. Зарегистрированы высокие цифры АД – 240/140 мм рт. ст. Через 20 мин больная пришла в сознание, но оставалось заторможенной, речь была затруднена. Осмотрев больную и проведя ряд дополнительных исследований, нейрохирург отверг вышеупомянутый диагноз и рекомендовал госпитализировать в другое отделение.

**Задания:**

1. Что не учел врач «Скорой помощи» при постановке д-за?

2. Что дало основание врачу-нейрохирургу отвергнуть данный диагноз?

3. Каков предположитеьный диагноз?

4. Какие дополнительные исследования должны подтвердить диагноз?

5. Ваши экстренные мероприятия.

6. Назначьте лечение.

**Задача 6**

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

 Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

 Общий анализ крови: эритроциты 4,2 х 1012; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 х 109, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

 Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

 Консультация окулиста: ретинопатия.

 Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевина – 11,4 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача 7**

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

 Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 х 1012; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 5,0 х 109, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

 Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л ( N 40-150), мочевина – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача 8**

 Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты 4,0 х 1012; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – 8,9 х 109, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Укажите диффренциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 6:**Избранные вопросы гематологии

**Формы текущего контроля успеваемости- *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление доклада и презентации, проверка практических навыков.***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Диагностикакоагулопатий
2. Дифференциальнаядиагностикакоагулопатий
3. Факторырискаразвитиякоагулопатий
4. Наследственные коагулопатии
5. Приобретенные коагулопатии
6. ДВС-синдром

**Тестовые задания**

1. **К симптомам анемии не относятся**
2. одышка
3. бледность
4. сердцебиение
5. петехии
6. гиперчувствительность к холоду
7. **Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для**
8. хронической кровопотери
9. острой кровопотери
10. апластической анемии
11. **Признаками дефицита железа являютсявсе, кроме**
12. выпадение волос
13. ломкость ногтей
14. иктеричность
15. койлонихии
16. извращение вкуса
17. **Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о**
18. эритремии
19. апластической анемии
20. остром лейкозе
21. В12-дефицитной анемии
22. **В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации?**
23. рецидив
24. ремиссия
25. развернутая стадия
26. терминальная стадия
27. **В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?**
28. лимфоузлы
29. печень
30. мозговые оболочки
31. кишечник
32. кожа
33. во всех перечисленных
34. **Исходы эритремии**
35. острый лейкоз
36. хронический миелолейкоз
37. гипоплазия кроветворения
38. миелофиброз
39. все перечисленные состояния
40. ничего из перечисленного
41. **Эритремию отличает от эритроцитозов**
42. наличие тромбоцитоза
43. повышение содержание щелочной фосфатазы в нейтрофилах
44. наличие крупных форм тромбоцитов
45. увеличение абсолютного числа базофилов
46. все перечисленные симптомы
47. **Что не характерно для хронического миелолейкоза**
48. возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
49. относится к миелопролиферативным заболеваниям
50. характеризуется тромбоцитозом
51. характерно увеличение печени и селезенки
52. **Лечение сублейкемического миелоза**
53. начинается сразу после установления диагноза
54. применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном
55. обязательно проведение лучевой терапии
56. спленэктомия не показана
57. **Для какой формы хронического лимфолейкоза характернозначительное увеличение лимфатических узлов при .невысоком лейкоцитозе?**
58. спленомегалической
59. классической
60. доброкачественной
61. костномозговой
62. опухолевой
63. **Какие осложнения характерны для хронического лимфолейкоза?**
64. тромботические
65. инфекционные
66. кровотечения
67. аутоиммунная гемолитическая анемия
68. **Если у больного имеется суточная протеинурия более 3,5 г, белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о**
69. нефротическом синдроме
70. миеломной болезни
71. макроглобулинемии Вальденстрема
72. **Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно**
73. поражение лимфатических узлов одной области
74. поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы
75. поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы
76. локализованное поражение одного внелимфатического органа
77. диффузное поражение внелимфатических органов
78. **Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки**, **лейкоцитоз с лимфоцитозом, то следует думать о**
79. лимфогранулематозе
80. остром лимфобластном лейкозе
81. хроническом лимфолейкозе
82. хроническом миелолеикозе
83. эритремии
84. **Для геморрагического васкулита характерно**
85. гематомный тип кровоточивости
86. васкулитно-пурпурный тип кровоточивости
87. удлинение времени свертывания
88. снижение протромбинового индекса
89. тромбоцитопения
90. **Лечение при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре**
91. эффективны глюкокортикостероиды
92. спленэктомия не эффективна
93. цитостатики не применяются
94. применяется викасол
95. **Для диагностики гемофилии применяется**
96. определение времени свертываемости
97. определение времени кровотечения
98. добавление образцов плазмы с отсутствием одного из факторов свертываемости
99. определение плазминогена
100. **ДВС-синдром может возникнуть при**
101. генерализованных инфекциях
102. всех видах шока
103. внутрисосудистом гемолизе
104. ожогах
105. массивных гемотрансфузиях
106. всех перечисленных состояниях
107. **Для лечения ДВС-синдрома используют**
108. гепарин
109. плазмаферез
110. свежезамороженная плазма
111. сухая плазма
112. **Если у больного имеются телеангиэктазии, носовые кровотечения, а исследование системы гемостаэа не выявляет существенных нарушений, следует думать о**
113. гемофилии
114. болезни Рандю-Ослера
115. болезни Вилебранда
116. болезни Верльгофа
117. **Для железодефицитной анемии характерно**
118. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном Пунктате
119. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
120. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
121. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
122. гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба
123. **Для диагностики В12-дефицитной анемии достаточно выявить**
124. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
125. гиперхромную, гипорегенераторпую, макроцитарную анемию и атрофический гастрит
126. гиперхромную, гипорегенераторную. макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота
127. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и мегалобластический тип кроветворения
128. **Острый миелобластный лейкоз**
129. характеризуется наличием цитопенстического синдрома, появлением бластов в периферической крови, низким содержанием переходных форм
130. в стернальном пунктате имеется более 5%лимфобластов
131. характерно наличие гингивитов и некротической ангины
132. характерен гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз, значительное увеличение печени и селезенки
133. **Критериями для диагностики эритремии являются**
134. увеличение эритроцитов у мужчин более 5.700000
135. увеличение эритроцитов у женщин более 5.200000
136. увеличение содержания гемоглобина более 170 г/л
137. тромбоцитоз более 400000
138. **Хронический лимфолейкоз**
139. встречается только в детском и молодом возрасте
140. всегда характеризуется доброкачественным течением
141. никогда не требуется цитостатическая терапия
142. характеризуется лейкоцитозом с лнмфоцитозом в периферической крови
143. в стернальном пунктате более 30% лимфоцитов
144. **Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком**
145. лимфогранулематоза
146. хронического миелолейкоза
147. хронического лимфолейкоза
148. эритремии
149. острого лимфобластного лейкоза
150. **При лечении витамином Bi2**
151. обязательное сочетание с фолиевой кислотой
152. ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа от начала лечения
153. ретикулоцитарный криз наступает на 5-8-й день от начала лечения
154. всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии
155. **Внутренний фактор Кастла**
156. образуется в фундальной области желудка
157. образуется в двенадцатиперстной кишке
158. связывается с закисным железом
159. связывается с витамином B6
160. связывается с витамином B12
161. **Какие из перечисленных специальных методов исследования имеют наибольшее значение для диагностики миелофиброза?**
162. биопсия лимфатического узла
163. пункционная биопсия селезенки
164. стернадьная пункция
165. трепанобиопсия
166. **Какие клеточные элементы костномозгового пунктата свойственны миеломной болезни?**
167. миелобласты
168. гигантские зрелые лейкоциты
169. плазматические клетки
170. лимфоциты
171. плазмобласты
172. **С увеличениями каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз?**
173. шейных
174. надключичных
175. подмышечных
176. лимфоузлов средостения
177. забрюшинных
178. **Какие из перечисленных видов иммунных тромбоцитопений наиболее часто встречаются в клинике?**
179. изоиммунные, связанные с образованием антител при гемотрансфузиях или беременности
180. иммунные, связанные с нарушением антигенной структуры тромбоцита или с появлением нового антиген
181. аутоиммунные, при которых антитела вырабатываются против собственного неизменного антигена

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной К., 57 лет, предъявляет жалобы на умеренную общую слабость, быструю утомляемость, боль и жжение в языке, особенно при употреблении кислой пищи, тяжесть в эпигастральной области, легкие болевые ощущения в ногах в виде «покалывания булавок, иголок», онемение конечностей, ощущение холода, «ватных ног». Считает себя больным в течение 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В анамнезе гастрит типа – А.

При осмотре отмечается небольшая желтушность кожных покровов, видимых слизистых, язык «малиновый», сосочки сглажены. В легких дыхание везикулярное. АД 140/70 мм рт. ст., ЧСС — 96 в минуту. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: НЬ 70 г/л, ЦП 1,4, тромбоциты 110Х109/л, лейкоциты — 2,5 тыс., нейтрофилы п/ядерные — 5%, с/ядерные — 56%, моноциты 10%, лимфоциты 29%, СОЭ 12 мм/ч, макроцитоз, гиперсегментация нейтрофилов.

**Задание:**

Поставьте и обоснуйте диагноз.

Укажите перечень исследований, необходимых в данной клинической ситуации.

Принципы лечения.

Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача 2**

У беременной со сроком 30 недель при очередном обследовании в общем анализе крови: НЬ 85 г/л, эритроциты ЗХ1012, в мазке крови преобладают микроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите объем исследований для подтверждения диагноза.

3. Лечение и профилактика.

**Задача 3**

Больной 50 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, отвращение к пище, тяжесть в животе п/еды, чувство жжения в языке, слабость в ногах. Анамнез: около 10 лет беспокоят боли в подложечной области п/еды, тяжесть, отрыжка воздухом, поносы после обильной еды, жирной пищи. Обследовался амбулаторно, лечился по поводу хр. гастрита с пониженной секр. ф-ей желудка. Ухудшение сост. около 3-х мес: нарастает слабость, появилась одышка при ходьбе, сердцебиение.

Объективно: состояние средней тяжести. Резкая бледность кожных покровов с желтушным оттенком. Склеры желтушны. Л/у не увелич. В легких везик. дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, сист. шум на всех точках. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс до 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, б/б. Печень на 3 см ниже края реб. дуги, плотной консист. Селезенка не пальп.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр.-2,2.10.12/л, цв. показ. – 1,2. Л – 2,4.10.9/л, э-1, п-3, с-39, л-51, м-6. СОЭ-18 мм/час. Тр – 150.10.9/л. Ретик– 5 о/оо. Макроцитоз, базофильная зернистость эритр. Гиперсегментоз нейтрофилов.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

3. Назовите этиологию, патогенез заболевания.

4. Проведите дифферециальный диагноз.

5. Назначьте лечение.

**Задача 4**

Больная 28 лет. Жалобы на слабость, головную боль, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Анамнез: анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась не регулярно фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день, курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Роды в 23 и 27 лет. Менструации с 14 лет, обильные, по 4-5 дней через 21 день.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Питание повышено. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. В легких – дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 42 г/л, эритроциты – 3,02.10.12/л, цв. показ.-0,6, лейкоциты 4,2.10.9/л, э-1, п-3, с-57, л-28, м-9. СОЭ-20 мм/час. Железо сыворотки 9,6 ммоль/л. Средний диаметр эритроцитов – 6,5 мк. ФГС – без патологии. Ирригоскопия – патологии нет.Осмотр гинеколога – здорова.REM Нижняя граница нормы железа, в разных методиках исследования -от 9 до 11,5.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**Задача 5**

Больной 20 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при ходьбе, ноющие боли в суставах, боль в горле при глотании, носовые кровотечения, повышение температуры до 38єС. Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у оториноларинголога по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание понижено. Кожные покровы бледные. Единичные кровоизлияния мелкоточечные на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния «гематомного» типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные, подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на всех точках. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр.2,7.10.12/л, лейкоциты – 3,8.10.9/л, ю-4, п-4, с-40,л-20, м-4, бласты –28%. Тромбоциты 49.10.9/л, СОЭ – 40 мм/час.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.

2. План обследования больного.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Тактика ведения больного.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Доклад с мультимедийной презентацией** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к подготовке и представлению доклада и мультимедийной презентации: показан высокий уровень теоретической осведомленности по заданномувопросу, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к оформлению презентации, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к докладу и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к подготовке доклада и презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании доклада или при ответе на дополнительные вопросы. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не представлена презентация |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Критерии оценки практической части** |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - ординатор ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет историю болезни, правильно проводит анализ и оценку качества проводимого лечения у конкретного больного, правильно заполняет Карту экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации.). |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – ординатор ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности.  |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями.  |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками.  |
| **Проверка истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если клиническая история болезни оформлена в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении материала в конкретном клиническом случае;нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – клиническая история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если клиническая история болезни оформлена не полностью, с исправлениями и ошибками;Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - история болезни оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;допущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;план обследования и лечения составлен неумело.;показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам, в устной форме, в форме демонстрации практических навыков при решении ситуационных задач*.*

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Ответ на вопросы зачетного билета** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материaла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач**  |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Методы обследования ревматических больных.
2. Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматической лихорадкой. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ
3. Ревматическая болезнь сердца, пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Клиническая и инструментальная диагностика (аускультация, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.
4. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка, системная склеродермия. Дерматомиозит. Узелковый периартериит. Принципы диагностики и лечения.
5. Суставной синдром: дифференциальная диагностика.
6. Ревматоидный артрит. Принципы диагностики и лечения.
7. Поражение сердца при ревматических заболеваниях (СКВ, васкулитах, ССД, ревматоидном артрите). Особенности диагностики, лечение.
8. Антифосфолипидный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Атеросклероз при ревматических заболеваниях. Понятие о нетрадиционных факторах риска при ревматических заболеваниях.
10. Особенности диагностики и лечения.
11. Подагра и гиперурикемия, принципы диагностики и лечения. Поражение сердца при обменных нарушениях: подагра и гиперурикемия. Гиперурикемия, как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Особенности диагностики и лечения
12. Наследственные дисплазии соединительной ткани. Синдромы Марфана, Элерса-Данло, гипермобильный, несовершенный остеогенез. Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
13. Основные методы обследования больных с заболеваниями легких.
14. Хронические обструктивные болезни легких: принципы диагностики и лечения.
15. Пневмония: принципы диагностики и лечения.
16. Плевриты: принципы диагностики и лечения
17. Интерстициальные заболевания легких: принципы диагностики и лечения.
18. Поражение сердечно сосудистой системы при заболеваниях бронхов и лёгких.
19. Дыхательная недостаточность: диагностика, дифференциальная диагностика с сердечной недостаточностью, принципы лечения.
20. Легочно-сердечная недостаточность. Диагностика, лечение.
21. Лёгочное сердце. Этиология. Патогенез. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация, профилактика, прогноз, МСЭ.
22. Неотложные состояния. Диагностика. Экстренная помощь. Приступ бронхиальной астмы. Астматический статус. Острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома. Пневмоторакс. Легочное кровотечение. Острые аллергические состояния. Анафилактический шок
23. Основы рационального питания здоровых лиц. Принципы диетотерапии больных. Лечебные столы.
24. Методы обследования гастроэнтерологических больных
25. Висцерокардиальные синдромы: холецистокардиальный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда и острого живота. Общие принципы. Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда и острого живота: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, обострение хронического холецистита, обострение хронического панкреатита, аппендицит, желудочно-кишечное кровотечение.
27. Дифференциальная диагностика стенокардии и ГЭРБ.
28. Хронические гастриты, ассоциированные с приёмом НПВП. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
29. . Гепатиты и циррозы печени:принципы диагностики и лечения. Поражения печени при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Патогенез. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация, профилактика, прогноз, МСЭ.
30. Неотложные состояния. Диагностика. Экстренная помощь. Острые заболевания органов брюшной полости. Печеночная колика. Печеночная кома. Желудочно-кишечное кровотечение.
31. Методы обследования эндокринных больных.
32. Сахарный диабет. Принципы диагностики и лечения. Осложнения сахарного диабета. Комы при сахарном диабете, неотложная помощь. Поражение сердца при сахарном диабете.
33. Особенности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом.
34. Особенности лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом.
35. Болезни щитовидной железы. Диффузно-токсический зоб. Гипотиреозы и микседема. Принципы диагностики и лечения. Поражение сердца при патологии щитовидной железы.
36. Особенности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных гипотиреозом.
37. Особенности лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных гипотиреозом.
38. Особенности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тиреотоксикозом.
39. Особенности лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тиреотоксикозом.
40. Ожирение и метаболический синдром. Роль заболеваний в развитии ССЗ. Принципы диагностики и лечения.
41. Вторичные артериальные гипертонии эндокринной этиологии. Первичный гиперальдостеронизм. Синдром Иценко-Кушинга.
42. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) Основная литература Дополнительная литература Феохромоцитома. Акромегалия. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
43. Поражение сердечно-сосудистой системы при ожирении и метаболическом синдроме. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Климактерий и связанные с ним болезни. Особенности поражения сердца у женщин в климактерическом периоде, пре- и постменопаузе. Диагностика. Лечение
45. Общие вопросы нефрологии. Методы обследования больных. Методы диагностики заболеваний почек. Основные синдромы в нефрологии.
46. Хроническая болезнь почек. Факторы риска. Диагностика.
47. Понятие о кардиоренальном континууме.
48. Поражение почек при заболеваниях внутренних органов и воздействии внешних факторов.
49. Диабетическая и недиабетическая нефропатия. Диагностика. Лечение. Профилактика
50. Инфекции мочевыводящих путей: принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
51. Гломерулонефриты: принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
52. Нефротический синдром: принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.
53. Амилоидоз почек: диагностика и принципы лечения.
54. Острая и хроническая почечная недостаточность: диагностика и лечение. Неотложная помощь.
55. Изменения сердечно-сосудистой системы при заболеваниях почек, вторичные артериальные гипертонии почечного генеза.
56. Неотложные состояния. Диагностика. Экстренная помощь. Острая почечная недостаточность. Токсическая почка. Почечная колика.
57. Общие вопросы гематологии. Методы обследования больных.
58. Анемический синдром в практике врача-кардиолога. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
59. Железодефицитные состояния. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика. Лечение.
60. Коагулопатии, состояния и заболевания с гипер- и гипокоагуляцией, ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Эритремия.
62. Неотложные состояния. Диагностика. Экстренная помощь. Острая кровопотеря. Геморрагический шок. Неотложная помощь при геморрагических диатезах

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1. Набор Проблемно-ситуационных задач:** **№ 1-12**

**ПРИМЕР ситуационной задачи № 1 с эталоном ответа**

Больная М, 56 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боль опоясывающего характера в эпигастральной области, возникающую во время приема пищи или сразу после еды, длительностью 1,5-2 часа, уменьшающуюся после приема спазмолитиков, ферментов, жидкий стул после приема жирной пищи.

В анамнезе хр. холецистит. В последние 3 мес. отмечает жидкий стул до 2-3 раз в день, иногда стул возникает сразу после еды. Последнее обострение наступило в течение 5 дней после употребления в пищу жареных пирожков с мясом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Масса тела снижена (162 см, масса 48 кг). Со стороны дых. и с.-сос. систем патологии нет. АД 130/75 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в эпигаст. обл. и в зонах Шоффара, Губергрица, точке Дежардена, Мейо-Робсона.

Анализ крови: Hв 110 г/л, эр 3,4х10 в 12/л, цветн. показ. 0,98, лейкоциты 7,8х10 в 9/л, СОЭ 18 мм/час.

Диастаза крови 50 г/час/л (норма до 60г/час/л), диастаза мочи 180 г/час/л (норма 40-160 г/час/л).

Реакция на скрытую кровь в кале отр. Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, блестящий, со зловонным запахом, нейтральный жир (+++), мыла (++) жирные кислоты (++), мышечные волокна различной степ. переваривания (++), крахмальные зерна (++).

УЗИ: печень нормальных размеров и эхогенности. Желчный пузырь деформ., стенка утолщена до 0,4 см. Поджелуд. железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, эхогенность повышена с участками уплотнения. REM точка Дежардена - на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Головка поджелудочной железы. т. Губергрица – та же фигня слева. Хвост. т. Мейо-Робсона - граница средней и верхней трети линии между пупком и серединой левой реберной дуги. Хвост. Зона Шоффара - между верт. линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла между вертик. и гориз. линиями, проходящими через пупок. Головка железы.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Оцените копрологический синдром.

4. Назначьте лечение.

**Ответы:**

1. Хр. панкреатит, склерозирующая форма, фаза обострения, средне-тяжелое течение.

2. Необходимо дифферецироваать прежде всего хр. панкреатит и опухоль поджелудочной железы. При этом большое значение приобретают современные методы инстр. диагностики: панкреатоангиорентгенография (целиакография), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиорентгенография (вирсунгография), проводимая с введением контрастного вещества в проток п/ж. железы через специальный катетер с помощью дуоденофиброскопа, эхография, КТ и радио¬изотопное сканирование п/ж. железы.

- муковисцидоз (кистофиброз поджелудочной железы и др.) - врожденное системное заболевание, хар-ся дисфункцией внешнесекреторных желез с выделением вязкого секрета. В п/ж железе наблюдаются атрофия, множественные кисты и фиброз. Кл. картина напоминает хр. панкреатит, протекающий с резко выраженной внешнесекреторной недостаточностью п/ж железы, нарушением процессов пищевар. и всас. в кишечнике. Но в отличие от обычных форм хр. панкреатита при этом забол. нередко поражение п/ж железы сочетается с хр. восп.забол. легких.

3. Недостаточность внешнесекреторной функции железы: стеаторея, креаторея, амилорея.

4. Питание дробное, 5-6 разовое, но небольшими порциями. Исключить алкоголь, маринады, жареная, жирная и острая пища, крепкие бульоны. Диета содержит повышенное к-во белков (150 г, из них 60-70 г белков жив. происх.), в виде нежирных сортов мяса, рыбы, свежего нежир¬ного творога, неострого сыра. Жиры в пище уме¬ренноогранич., за счет грубых жиров жив. происх. (свиной, бараний жир). При значительной стеаторее жиры еще более уменьшается (до 50 г). Углеводы также огранич., особенно моно- и дисахариды; при разви¬тиисах/диабета сахар полностью искл. Пища д. б. теплой, так как холодные блюда усил. дискинезию киш-ка, вызв. спазм сфинктера Одди. Среди лек. преп. в острых случаях болезни на первом месте – сандостатин, стоят а/ферментные средства (гордокс, контрикал или пантрипин), которые вводят в/в. При хр. панкреатитах с нерезко выраженным обостр. - препараты метаболического действия (пентоксил внутрь по 0,2-0,4 г на прием, или метилурацил по 1 г 3-4 р/д 3-4 нед.), анаболическим стероидным гормонам. Как показано в последнее время, пентоксил и мети¬лурацил обладают спос. ингиб. протеолит. д-ие трипсина на ткань п/ж железы. Назначают липотропные средства: липокаин, метионин. Антибиотики показаны при выраж. обостр., предположении об участии бак. флоры в разви¬тиивосп. процесса или абсцедировании п/ж железы. При сильных болях паранефр. или паравертебр. блокада, ненарк. анальгетики (растворы анальгина, ами¬допирина или баралгина парентерально), в тяж. случаях — нар¬котики в сочетании с холинолит. и спазмолит. сред¬ствами. При внешнесекреторной недост. п/ж железы с целью заместительной терапии ферментные: панкреатин (по 0,5-1 г 3-4 раза в день), абомин, холензим, витагепатопанкреатин, солизим, полизим-форте, дигестал, котазим-форте, фестал и др., витамины В2, В6, В12, никотин.иаскорб. кислоты, вит А. После снятия острых явлений и с целью проф. обострения рекомендуется курортное лечение в Боржоми, Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Карловых Варах и в местных санаториях гастроэнтеролог. профиля. Больным хр. панкреатитом не показаны виды работ, при кото¬рых невозможно соблюдение режима питания; при тяж. теч. забол.необходим перевод на инвалидность.

**Задача 2**

У молодого человека, 17 лет, через 2 недели после носоглоточной инфекции возникли сердцебиение, одышка при физической нагрузке, субфебрильная температура. Обратился к врачу. При обследовании: нормального телосложения, кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,5 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум, не иррадиирует. Выслушивается 3 тон. ЧСС 88 уд в мин, ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст. Печень у края реберной дуги. Дизурии нет.

На ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Удлинение PQ до 0,22 сек.

**Задания:**

1. Предположительный диагноз:

а. Вирусный миокардит

б. Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу

в. Острая ревматическая лихорадка

г. Дифтерия

д. Ни один из перечисленных.

2. При обследовании в клиническом анализе крови выявлен незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ 18. СРБ «+» Антистрептолизин О 1:1250. На ЭХО-кардиограмме незначительное снижение сократительной способности миокарда. ФВ 50%. Клапаны не изменены. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

3. Выбрать оптимальные препараты для лечения,

1.Антибиотики

а)пенициллиновый ряд

б) тетрациклины,

в) цефалоспорины,

г)фторхинолоны

д)аминогликозиды.

2.Нестероидные противоспалительные препараты:

а) аспирин

б) вольтарен,

в) индометацин,

г)ибупрофен,

д) любой из перечисленных

е) не назначаются.

3.Глюкокортикоидные средства в дозе, эквивалентной преднизолону:

а) 10-20 мг

б) 20-30 мг

в) 40-60 мг

г) назначение не целесообразно.

**Задача 3**

Больной 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при ходьбе в обычном темпе, при подъеме на 1 этаж; одышка усиливается в холодное время года, при перепаде температуры внешней среды; также беспокоит незначительный кашель с отхождением серой мокроты преимущественно по утрам; за сутки мокроты выделяется небольшое количество – до 20 мл. Одышка беспокоит в течение 8 месяцев, постепенно нарастая. В предыдущие годы в поликлинику практически не обращался, только по поводу острых респираторных заболеваний, которые возникали редко. Курит с 17 лет по 1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: астеническое телосложение, цвет кожных покровов и слизистых сероватый с цианотичным оттенком, выдох производит через сомкнутые губы; при перкуссии легких определяется коробочный звук во всех отделах, нижний край легких опущен на 1,5 ребра, подвижность легочного края – 1,5 см по лопаточной линии, дыхание резко ослабленное, хрипы не определяются. Границы сердца в пределах нормы, однако, определение их требует усиленной перкуссии, абсолютная тупость сердца не определяется. ЧСС 82 уд. в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно её границы в пределах нормы. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, цв. показ. – 0,9, эритроциты – 4,4\*1012/л; лейкоциты – 6,2\*109/л; п/я – 3%, с/я – 62%, э – 2%, л – 28%, м – 5%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1020; белок – нет; сахар – нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/зр; лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Общий анализ мокроты: слизистая, цвет серый, эпит.клетки 3-6 в п/зр., лейк. – 6-8 в п/зр.

ЭКГ – ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение данному больному.

**Задача 4**

Больной 62 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на плохой аппетит, похудание в последние 2 месяца, кашель с мокротой с примесью крови, боли в грудной клетке справа, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

При осмотре: отставание правой половины грудной клетки при дыхании и ограничение экскурсии в верхних отделах справа; уплотнение правой половины грудной клетки; жесткое дыхание с бронхиальным оттенком, укорочение перкуторного звука; усиление бронхофонии и влажные мелкопузырчатые хрипы.

**Задания:**

1. Предположительный диагноз.

2. План дополнительного обследования

**Задача 5**

Женщина, 49 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, которая появилась 3 месяца назад, повышение температуры тела до 37,3-37,5 град. по вечерам, боли в суставах кистей рук, побеление пальцев рук на холоде. Была диагностирована двухсторонняя нижнедолевая пневмония, по поводу которой больная получала антибиотики в течение 1 месяца. Состояние не улучшалось, больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы на руках плотные, имеются участки пигментации. Акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах – крепитирующие хрипы. ЧСС 92 уд. в минуту. АД 130 и 80 ммрт ст. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**Задания:**

1. Наиболее вероятный диагноз:

а. Первичный фиброзирующий альвеолит

б. Интерстициальная пневмония

в. Системная склеродермия

г. Саркоидоз

д. Туберкулез

2. Выберите необходимые методы обследования

а. Общий анализ крови.

б. Рентгенография легких

в. ФВД

г. Антитела к ядерному рибонуклеопротеиду

д. Все перечисленные.

3. Какие препараты наиболее показаны для лечения данной пациентки?

а. Антибиотики

б. Глюкокортикоиды

в. Нестероидные противовоспалительные средства

г. Туберкулостатики

д. Бронхолитики

4. При обследовании: в анализах крови выявлено повышение СОЭ до 26. ЖЕЛ 32%, ОФВ1 83%, при рентгенографии обнаружены диффузное усиление и деформация легочного рисунка , многочисленные мелкоочаговые тени в нижних отделах. Корни не расширены. При исследовании пищевода и желудка выявлена гипомоторная дискинезия. Реовазография верхних конечностей выявила сужение артерий. При иммунологическом исследовании определялось повышение титра АНФ, положительный латекс – тест. Какие средства наиболее эффективны для лечения синдрома Рейно?

а. Нифедипин

б. Трентал

в. Гепарин

г. Капотен

д. Все перечисленные.

**Задача 6**

Больная 21 года, поступила с жалобами на периодические сердцебиения, чувство неполного вдоха, приступы коликообразных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом. Заболела 5 лет назад, когда появились вышеописанные жалобы. Приступы провоцируются психоэмоциональными факторами. При осмотре: больная обычного питания, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка.

Дополнительные исследования: Анализ крови и мочи без патологии. Копрологическое исследование в норме. Ректороманоскопия - патологии не отмечено.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Дополнительный план обследования больной.

4. Назначьте лечение.

**Задача 7**

Больной П., 22 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на общую слабость, сонливость, жажду, полиурию, снижение аппетита, тошноту, боли в животе (из анамнеза известно, что болен сахарным диабетом с 10 лет, постоянно получает инсулинотерапию). Ухудшение состояния отмечает в течение 2 недель на фоне обострения хронического пиелонефрита (в связи с чем в течение последних двух суток прекратил прием пищи и введение инсулина).

Объективно: Состояние больного средней тяжести, заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Кожные покровы сухие, горячие на ощупь, тургор кожи понижен, лицо бледное. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание шумное, глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс малый, частый - 100 уд. в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови – эритроциты - 4,6 х 1012/л, Нв – 138 г/л, лейкоциты – 6,8 х 109/л, п-3%, с-64%, л-31%, м-2%, СОЭ – 32 мм/час.

Холестерин – 7,2 ммоль/л, кетоновые тела – 10,2 ммоль/л, рН крови – 7,2.

Глюкоза крови – 20,3 ммоль/л.

Сахар мочи – 46 ммоль/л, ацетон мочи (+++).

ЭКГ – снижение зубца Т, удлинение комплекса QRST.

**Задания:**

1. Сформулируйте, обоснуйте диагноз.

2. Наметьте и обоснуйте план неотложных мероприятий.

**Задача 8**

Больная С., 43 лет, предъявляет жалобы на резкое снижение массы тела, повышенную раздражительность, потливость, учащенное сердцебиение, дрожь в руках. Считает себя больной около 1 месяца, когда после перенесенной психотравмы появились выше перечисленные жалобы.

Объективно: рост 165 см, вес 50 кг. Кожные покровы теплые, влажные. Температура тела 37,3С. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке - систолический шум. ЧСС 108 в минуту, АД 150/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа диффузная, увеличение II степени, эластической консистенции, подвижная, безболезненная. Положительные глазные симптомы Дальримпля, Грефе, Кохера, Мебиуса.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови: эритроциты-4,2 х 1012/л, Нв-130 г/л, лейкоциты-3,0 х 109/л, п-1%, с-54%, л-40%, м-5%, СОЭ-26 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1017, белок - «0», эпителий плоский 0 – 1 в п/з, лейкоциты 1 – 2 в п/з эритроциты 0 – 1 в п/з.

Общий белок – 60 г/л, альбумины – 50,5%, глобулины – 49,5%, о. холестерин – 3,6 ммоль/л.

Глюкоза крови натощак: 5,3 ммоль/л.

Гормональный спектр: Т3 общ. – 3,20 нмоль/л, Т4 общ. – 202 нмоль/л, ТТГ – 0,2 мЕД/мл.

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно, контуры четкие. Структура однородна, эхогенность понижена. Размеры долей: правая доля – 20 х 21 х 54 мм, левая доля – 22 х 17 х 53 мм, перешеек – 5 мм. Объем щитовидной железы – 21,2 см3.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Каковы этиология и патогенез заболевания.

3. Оцените дополнительные исследования для верификации диагноза.

4. Определите и обоснуйте метод лечения.

**Задача 9**

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-« с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 1012; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 109, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

**Задания:**

1. Выделите осн. синдромы.

2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

**Задача 10**

 Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предв диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача 11**

Больной 62 лет, жалобы на слабость, потливость, повышение Т тела до 37,5 С, увеличение шейных л/у, одышка в покое. Болен около года, состояние прогрессивно ухудшается.

Объективно: сост. средней тяжести, кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые л/у размером до 2-5 см, б/б, не спаяны. В легких справа с VI ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание ослаблено. ЧДД 24 в минуту. Границы относ тупости сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм прав., короткий сист. шум на верх., акцент II тона над лег. артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезненна. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Нв – 96г/л, эритроциты – 3,8.10.12/л, лейкоциты – 38.10.9/л, э-2, п-2, с-4, я-90, м-2, СОЭ – 38 мм/час. Тромбоциты – 150.10.9/л.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза.

3. План обследования для оценки состояния ССС.

**Задача 12**

Больная 26 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодически возникающую желтуху, приступы боли в правом подреберье.С раннего детства родители отмечали периодические появления желтушной окраски кожных покровов. С 17 лет начали беспокоить приступы болей в правом подреберье, совпадающие с появлением желтушной окраски кожных покровов и склер. Лечилась амбулаторно по поводу хронического холецистита. Подобные изменения имеются у бабушки больной.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы лимонно-желтого цвета. Склеры желтушны. Череп имеет башенную форму, небо высоко расположено. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 100 уд. в минуту; ритмичный, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в точке желчного пузыря. Печень на 2-3 см выступает из-под края реберной дуги, край острый, мягкий, слегка болезнен. Селезенка на 4 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: Нв – 56 г/л, эритроциты – 2,8.10.12/л, цв.показ. – 0,7, лейкоциты – 7,2.10.9/л, э-4, п-5, с-63, д-26, м-1, б-1. СОЭ-15 мм/час. Тромбоциты: 139.10.9/л. Ретикулоциты – 120 о/оо.

Биохимический анализ крови: билирубин – 96 ммоль/л, прямой- 17 ммоль/л, непрямой – 79 ммоль/л. Железо сыворотки – 38 ммоль/л.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больной.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Назначьте лечение.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Подготовка кадров высшей квалификации - ординатура

Специальность: 31.08.36 « Клиническая фармакология »

Дисциплина: Терапия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Ожирение и метаболический синдром. Роль заболеваний в развитии сердечно-сосудистой патологии. Принципы диагностики и лечения.
2. Пневмония: принципы диагностики и лечения.
3. Проблемно-ситуационная задача №5

Заведующий кафедрой

госпитальной терапии им. Р.Г.Межебовского

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент И.В.Ткаченко

 «\_\_\_\_» марта 2019

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Знать комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития; факторы, состояния и заболевания, меняющие фармакокинетику, фармакодинамику ЛС и повышающих риск развития побочных реакций; побочные эффекты, взаимодействие ЛС, развития тахифилаксии, синдрома отмены, обкрадывания; | вопросы №1-62 |
| Уметь осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития; осуществлять оценку факторов, состояний и заболеваний, меняющих фармакокинетику, фармакодинамику ЛС и повышающих риск развития побочных реакций; прогнозировать побочные эффекты лекарственных средств; прогнозировать взаимодействие ЛС, возможность развития тахифилаксии, синдрома отмены, обкрадывания; | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития; навыками мониторирования факторов, состояний и заболеваний, меняющих фармакокинетику, фармакодинамику ЛС и повышающих риск развития побочных реакций; навыками прогнозирования побочных эффектов, взаимодействия ЛС, возможность развития тахифилаксии, синдрома отмены, обкрадывания; | практические задания №1-12 |
| 2 | ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | Знать принципы организации, цели и задачи проведения профилактических осмотров; факторы риска и патогенеза заболеваний , методы их раннего выявления и профилактики , диспансерные клинические группы, определять сроки и объемы диспансеризации | вопросы №1-62 |
| Уметь выявлять пациентов с факторами риска различных заболеваний , анализировать эффективность диспансеризации, осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска. | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками анализа эффективности диспансеризации; навыками осуществления первичной профилактики в группах высокого риска. | практические задания №1-12 |
| 3 | ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Знать: основы санитарно-противоэпидемических мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны; клинику, раннюю диагностику и терапию инфекционных и паразитарных болезней, в том числе карантинных инфекций; правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций; правила проведения противоэпидемических мероприятий; клинику и диагностику ВИЧ-инфекции; правила действий при обнаружении больного с признаками ВИЧ-инфекции; организацию и объем первой врачебной медицинской помощи в военно-полевых условиях, при массовых поражениях населения и катастрофах, дорожно-транспортных происшествиях; организацию медицинской помощи при возникновении заболеваний, у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующегося излучения, обусловленных радиацией. | вопросы №1-62 |
| Уметь: определять необходимость и объем проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционных и паразитарных болезней, в том числе карантинных инфекций, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции; организовать в должном объеме первую врачебную медицинскую помощь в военно-полевых условиях, при массовых поражениях населения и катастрофах, дорожно-транспортных происшествиях; организовать медицинскую помощь при возникновении заболеваний, у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующегося излучения, обусловленных радиацией. | практические задания №1-12 |
| Владеть: организации санитарно-противоэпидемических мероприятий по контролю и защите продуктов питания, пищевого сырья, воды и организации их санитарной экспертизы в чрезвычайных ситуациях; навыками проведения необходимых противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных и паразитарных болезней , в том числе карантинных инфекций, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции ; организовывать в должном объеме первую врачебную медицинскую помощь в военно-полевых условиях, при массовых поражениях населения и катастрофах, дорожно-транспортных происшествиях; организовывать медицинскую помощь при возникновении заболеваний, у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующегося излучения, обусловленных радиацией. сдача практических навыков, экзаменационное собеседование | практические задания №1-12 |
| 4 | ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Знать: социально-гигиенические методики сбора информации и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков; принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения, показателей заболеваемости, инвалидности и смертности. | вопросы №1-62 |
| Уметь: применять методики сбора информации и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков; проводить мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в установленном порядке. | практические задания №1-12 |
| Владеть: технологией использования социально-гигиенических методик сбора информации и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков; проведения мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в установленном порядке. | практические задания №1-12 |
| 5 | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать факторы риска и патогенеза, классификацию, формы и клинические проявления заболеваний внутренних органов: ревматологических, пульмонологических, гастроэнтерологических, нефрологических, гематологических, эндокринных, общие и специальные методы исследования, методы раннего выявления заболеваний и профилактику | вопросы №1-62 |
| Уметь выявлять факторы риска заболеваний внутренних органов, клинические симптомы и синдромы . проводить диагностику, применять общие и специальные методы исследования при заболеваниях внутренних органов: ревматологических, пульмонологических, гастроэнтерологических, нефрологических, гематологических, эндокринных, методы их раннего выявления и профилактику | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками получения исчерпывающей информации от больного, применения объективных методов исследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента , применения общих и специальных методов исследования при заболеваниях внутренних органов: ревматологических, пульмонологических, гастроэнтерологических, нефрологических, гематологических, эндокринных с оценкой (анализом) данных лабораторных и биохимических методов исследования, данных инструментальных методов обследования, проведением дифференциальной диагностики, обоснованием клинического диагноза. | практические задания №1-12 |
| 6 | ПК-6 готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи | Знать характер фармакотерапии, проведение выбора лекарственных препаратов, установление принципов их дозирования, выбор методов контроля за их эффективностью и безопасностью; характер фармакотерапии при неотложных состояниях; знать комбинированную терапию; правильность, своевременность введения лекарственного средства больному, его регистрацию, особенно лекарственных средств списка А; правильность внутривенного введения лекарственных средств, оказывающих выраженный, быстрый фармакологический эффект; характер фармакотерапии в случае развития тахифилаксии к применяемому лекарственному средству; особенности фармакотерапии различных заболеваний с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, особенностей фармакокинетики во всех возрастных группах. | вопросы №1-62 |
| Уметь провести необходимое лечение неотложных состояний; определить характер фармакотерапии, проведение выбора лекарственных препаратов, установить принципы их дозирования, выбор методов контроля за их эффективностью и безопасностью; оказать помощь при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, усиления ПД, снижение эффективности базового лекарственного средства; купировать побочные эффекты ЛС; оказывать помощи в случае развития тахифилаксии к применяемому лекарственному средству; контролировать правильности, своевременности введения лекарственного средства больному, их регистрацию, особенно лекарственных средств списка А; Контролирование правильности внутривенного введения лекарственных средств, оказывающих выраженный, быстрый фармакологический эффект;оказывать помощь в проведении фармакотерапии врачам стационара и поликлиники с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, особенностей фармакокинетики во всех возрастных группах | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками лечения неотложных состояний; определения характера фармакотерапии, проведения выбора лекарственных препаратов, установления принципов их дозирования, выбора методов контроля за их эффективностью и безопасностью; оказания помощи при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, усиления ПД, снижение эффективности базового лекарственного средства; купирования побочных эффектов ЛС; оказывания помощи в случае развития тахифилаксии к применяемому лекарственному средству; контролирования правильности, своевременности введения лекарственного средства больному, их регистрацию, особенно лекарственных средств списка А; контролирования правильности внутривенного введения лекарственных средств, оказывающих выраженный, быстрый фармакологический эффект; оказания помощи в проведении фармакотерапии врачам стационара и поликлиники с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, особенностей фармакокинетики во всех возрастных группах | практические задания №1-12 |
| 7 | ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации | Знать основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. | вопросы №1-62 |
| Уметь грамотно определять необходимость в проведение мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. | практические задания №1-12 |
| 8 | ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знать показания к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК; программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности; организацию диспансеризации , анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности. | вопросы №1-62 |
| Уметь определять показания к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК; составлять программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности; организовывать диспансеризацию на участке, проводить анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности. | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками определения показаний к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК; составления программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности; организации диспансеризации на участке, проведения анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. | практические задания №1-12 |
| 9 | ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Знать правила апробации лекарственных средств Crossus ower двойным «слепым» методом или по «пилотной» системе, или путем чередования; контрольные группы и методов оценки полученных данных; разработку протокола исследования; организацию исследований основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственных средств или определить и оценить равновесную концентрацию; систему информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам; правила составления заявки по потребности лекарственными средствами, возможности их замены с учетом возраста и характера профиля заболеваний; правила оформления медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению; правила проведения контроля использования лекарственных средств в медицинском учреждении, сроках их годности, соблюдения совместимости, правильности проведения внутривенных и внутримышечных инъекций лекарственных средств, соблюдение правил хранения; правила разработки больничного лекарственного формуляра; правила составления аналитических обзоров по лекарственным препаратам. | вопросы №1-62 |
| практические задания №1-12 |
| практические задания №1-12 |
| Уметь организовать апробацию лекарственных средств Crossus ower двойным «слепым» методом или по «пилотной» системе, или путем чередования; определять контрольную группы и методы оценки полученных данных; разрабатывать протокол исследования; организовывать исследования основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственных средств или определить и оценить равновесную концентрацию; организовывать в лечебном учреждении систему информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам; оказывать помощь в составлении заявки по потребности лекарственными средствами, возможности их замены с учетом возраста и характера профиля заболеваний. оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; проводить контроль использования лекарственных средств в медицинском учреждении, сроки их годности, соблюдения совместимости, правильности проведения внутривенных и внутримышечных инъекций лекарственных средств, соблюдение правил хранения; разрабатывать больничный лекарственный формуляр; составлять аналитический обзор по лекарственным препаратам |  |
| Владеть навыками апробации лекарственных средств Crossus ower двойным «слепым» методом или по «пилотной» системе, или путем чередования; определения контрольных групп и методов оценки полученных данных; разработки протокола исследования; организации исследований основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственных средств или определить и оценить равновесную концентрацию; организации в ЛУ системы информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам; составления заявки по потребности лекарственными средствами, возможности их замены с учетом возраста и характера профиля заболеваний; оформления медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению; проведения контроля использования лекарственных средств в медицинском учреждении, сроках их годности, соблюдения совместимости, правильности проведения внутривенных и внутримышечных инъекций лекарственных средств, соблюдение правил хранения; разработки больничного лекарственного формуляра; составления аналитических обзоров по лекарственным препаратам. | практические задания №1-12 |
| 11 | ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей | Знать правила проведения экспертной оценки качества фармакотерапии с использованием основных медико-статистических показателей; основы стандартных и непараметрических методов статистики | вопросы №1-62 |
| Уметь проводить экспертную оценку качества фармакотерапии с использованием основных медико-статистических показателей; применять стандартных и непараметрических методов статистики | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками проведения экспертной оценки качества фармакотерапии с использованием основных медико-статистических показателей; применять стандартных и непараметрических методов статистики | практические задания №1-12 |
| 12 | ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Знать основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени | вопросы №1-62 |
| Уметь грамотно определять необходимость в проведение мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения, организовать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | практические задания №1-12 |
| Владеть навыками организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения и оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. | практические задания №1-12 |