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 специальности

31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – ординатуры по направлению подготовки (специальности) *31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

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 экзамена.

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:**

**УК-1**: готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу;

**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 их причин и условий 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 за здоровыми и хроническими больными;

**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 ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины);

**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.

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1.** **Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Атеросклероз.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Предварительная оценка уровня фатального сердечно-сосудистого риска проводится по шкале:

CRUSADE

+SCORE

CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

ШОКС

2. К факторам риска развития атеросклероза относятся все, за исключением:

возраст

курение

абдоминальное ожирение

+стресс

сахарный диабет 2 типа

3. У больных ИБС риск:

+очень высокий

высокий

умеренный

низкий

не определяется

4. Пациенты с 10-летним риском сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE ≥ 10% относятся к категории:

+очень высокого риска

высокого риска

умеренного риска

низкого риска

нет правильного ответа

5. Пациенты, страдающие сахарным диабетом 1 типа с повреждением органов-мишеней и с микроальбуминурией относятся к категории:

+очень высокого риска

высокого риска

умеренного риска

низкого риска

нет правильного ответа

6. К липидным биохимическим маркерам оценки сердечно-сосудистого риска относятся:

ХС ЛВП

ХС-не ЛВП

липопротеид (а)

апопротеин В-100

+все перечисленное

7. К дополнительным нелипидным биохимическим маркерам оценки сердечно-сосудистого риска относятся:

гомоцистеин

фибриноген

альбумин

+вчСРБ

все перечисленное

8. Пациентам низкого риска с уровнем ХС ЛНП < 1,5 ммоль/л рекомендуется:

+лечение не требуется

изменить образ жизни

изменить образ жизни и назначить липидснижающую терапию, если целевой уровень ХСЛНП не достигнут

изменить образ жизни и назначить липидснижающую терапию

изменить образ жизни и сразу назначить липидснижающую терапию

9. У пациентов группы очень высокого риска, в случае невозможности достижения целевого уровня ХС ЛНП, рекомендуется снизить уровень ХС ЛНП на:

10%

20%

30%

40%

+50%

10. Способствует снижению уровня общего холестерина и ХС ЛНП в большей степени:

отказ от курения

снижение массы тела

+снижение потребления насыщенных жиров с пищей

снижение количества холестерина, поступающего с пищей

повышение уровня регулярной физической активности

11. Способствует снижению уровня триглицеридов в большей степени:

отказ от курения

+снижение массы тела

снижение потребления насыщенных жиров с пищей

снижение количества холестерина, поступающего с пищей

повышение уровня регулярной физической активности

12. Способствует повышению уровня ХС ЛВП в большей степени:

отказ от курения

снижение массы тела

снижение потребления насыщенных жиров с пищей

снижение количества холестерина, поступающего с пищей

+повышение уровня регулярной физической активности

13. К средствам, корригирующим нарушение липидного обмена, относятся:

статины

фибраты

никотиновая кислота

ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике

+все перечисленное

14. Для медикаментозной коррекции гиперхолестеринемии препаратом выбора являются:

+статины

фибраты

никотиновая кислота

ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике

секвестранты желчных кислот

15. Для медикаментозной коррекции гипертриглицеридемии препаратом выбора являются:

статины

+фибраты

никотиновая кислота

ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике

секвестранты желчных кислот

16. У лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов, показано определение:

общего холестерина

трансаминаз

+креатинфосфокиназы

креатинина

мочевой кислоты

17. Для расчета скорости клубочковой фильтрации используется показатель:

+креатинин сыворотки

мочевина сыворотки

мочевая кислота сыворотки

удельный вес мочи

белок мочи

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

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильны ответы 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с: 1. вазоконстрикцией; 2. гиповитаминозом; 3. аллергическими реакциями; 4. вазодилатацией.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

+если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. В соответствии с ключевыми положениями ВОЗ большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить:

+путем устранения поведенческих факторов риска

путем повышения качества питьевой воды

уменьшением выбросов вредоносных веществ в воздух

рационализацией баланса умственного и физического труда

применением статинов у всех жителей, достигших 50-летнего возраста

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Установить немодифицируемые и модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Провести стратификацию риска по шкале SCORE и другим критериям высокого и очень высокого риска.

3. Оценить липидный профиль.

4. Выявить клинические проявления атеросклероза.

5. Оценить данные инструментальной диагностики атеросклероза.

6. Определить целевые параметры факторов риска, включая уровень ХС ЛПНП.

7. Определить мероприятия по формированию здорового образа жизни и коррекции липидного профиля.

8. Определить показания, противопоказания и назначить гипохолестеринемическую медикаментозную терапию.

9. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

10. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 2. Ишемическая болезнь сердца.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Главной причиной ишемической болезни сердца является:

спазм коронарной артерии

внутрисосудистый тромбоз

+атеросклероз коронарных артерий

эндотелиальная дисфункция

коронариит

2. Диагноз стабильной стенокардии устанавливается при продолжительности заболевания более:

1 суток

1 недели

+1 месяца

6 месяцев

1 года

3. Наличие приступов стенокардии покоя характерно для следующего функционального класса стабильной стенокардии:

I

II

III

+IV

нет верного ответа

4. В диагностике безболевой ишемии миокарда большее значение имеют результаты:

ЭКГ в покое

эхокардиографии

+нагрузочных проб

вентрикулографии

допплерографии

5. При вазоспастической стенокардии на ЭКГ во время приступа регистрируется:

+подъем сегмента ST

депрессия сегмента ST

сглаженность зубца Т

инверсия зубца Т

появление волны U

6. Диагностические мероприятия при подозрении на стабильную ИБС включают:

регистрацию ЭКГ в покое

регистрацию ЭКГ во время приступа или сразу после него

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на пароксизмальную тахикардию

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на вазоспастическую стенокардию

+все перечисленное

7. Предтестовая (априорная) вероятность диагноза хронической (стабильной) ИБС зависит от:

пола и возраста

пола и клиники заболевания

+пола, возраста и клиники заболевания

возраста и длительности течения заболевания

возраста, пола и длительности течения заболевания

8. Целью проведения стратификации риска больных хронической (стабильной) ИБС является:

определение необходимости взятия под диспансерное наблюдение

установление группы инвалидности

определение показаний к госпитализации

+определение показаний для коронароангиографии и реваскуляризации

все перечисленное верно

9. К препаратам, улучшающим прогноз больных стабильной стенокардией относятся все, за исключением:

+бета-блокаторы

статины

ацетилсалициловая кислота

клопидогрел

ингибиторы АПФ

10. К препаратам, уменьшающим симптомы заболевания у больных стабильной стенокардией относятся все, за исключением:

бета-блокаторы

нитраты

+ингибиторы АПФ

никорандил

антагонисты кальция

11. К ЧСС-урежающим препаратам относятся все, за исключением:

бисопролол

+ранолазин

верапамил

дилтиазем

ивабрадин

12. К рациональным комбинациям антиангинальных препаратов относятся все, за исключением

бета-блокаторы+дигидропиридиновые антагонисты кальция

+бета-блокаторы+недигидропиридиновые антагонисты кальция

бета-блокаторы+триметазидин

бета-блокаторы+нитраты

бета-блокаторы+никорандил

13. Острый коронарный синдром - это:

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию

+группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию

повышение биомаркеров некроза миокарда в сочетании с ангинозной болью

патологоанатомический диагноз

14. При ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ может быть:

стойкая депрессия сегмента ST

преходящая депрессия сегмента ST

инверсия зубца Т

сглаженность зубца Т

+все перечисленное

15. Нормальная ЭКГ при симптомах острого коронарного синдрома

+не исключает ОКС

исключает ОКС

исключает ОКС при нормальном уровне тропонинов

исключает ОКС при нормальном уровне МВ-КФК

исключает ОКС при сопутствующем сахарном диабете

16. ЭКГ-критерием ОКС со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ может быть впервые возникшая:

блокада правой ножки пучка Гиса

+блокада левой ножки пучка Гиса

атриовентрикулярная блокада

фибрилляция предсердий

политопная экстрасистолия

17. При подозрении на ОКС на догоспитальном этапе, при отсутствии противопоказаний, показано назначение:

статинов

антагонистов минералкортикоидных рецепторов

+ацетилсалициловой кислоты

дипиридамола

ингибиторов ГП IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

18. Предпочтительным средством обезболивания при ОКС является:

+морфин

метамизол

кеторолак

миотропные спазмолитики

закись азота

19. Показанием для тромболитической терапии является:

острый инфаркт миокарда

нестабильная стенокардия

ОКС без подъема сегмента ST

ОКС без подъема сегмента ST у стентированных больных

+ОКС со стойким подъемом сегмента ST

20. После перенесенного инфаркта миокарда из перечисленного улучшают прогноз:

нитраты

никорандил

+бета-блокаторы

антагонисты кальция

все ответы верные

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза ИБС.

2. Провести диагностику ИБС на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации ЭКГ.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

7. Оценить результаты функциональных стресс-проб (стресс-ЭКГ пробы, методы стресс-визуализации).

8. Оценить результаты рентгенологических и ангиографических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки, коронароангиография).

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ИБС.

10. Провести стратификацию риска у пациента с ИБС.

11. Назначить лечение больному ИБС в зависимости от классификационной формы заболевания.

12. Определить показания к реваскуляризации миокарда.

13. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

14. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

15. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 3.** **Артериальные гипертензии.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета риск стратифицируется по шкале:

CRUSADE

+SCORE

CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

ШОКС

2. К факторам риска, влияющим на прогноз больных АГ, относятся все, за исключением

возраст

курение

абдоминальное ожирение

+стресс

мужской пол

3. У больных АГ и ИБС риск

+очень высокий

высокий

средний

низкий

не определяется

4. Пациенты с 10-летним риском сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE 8% относятся к категории:

очень высокого риска

+высокого риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

среднего риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

низкого риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

нет правильного ответа

5. Пациенты с высокими нормальными цифрами АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт.ст.) и страдающие сахарным диабетом с поражением органов-мишеней относятся к категории

+очень высокого риска

высокого риска

среднего риска

низкого риска

нет правильного ответа

6. Пациенты с АГ 1 степени (САД 140-159 или ДАД 90-99 мм рт.ст.) без других факторов риска имеют общий сердечно-сосудистый риск:

очень высокий

высокий

средний

+низкий

средний и высокий

7. Пациенты с АГ 3 степени (САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110 мм рт.ст.) без других факторов риска имеют общий сердечно-сосудистый риск:

очень высокий

+высокий

средний

низкий

средний и высокий

8. Пациентам с высокими нормальными цифрами АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт.ст.) без других факторов риска рекомендуется:

+коррекция АД не требуется

изменить образ жизни, коррекция АД не требуется

изменить образ жизни в течение нескольких месяцев, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни в течение нескольких недель, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни и назначить антигипертензивную фармакотерапию

9. Пациентам с АГ 1 степени (САД 140-159 или ДАД 90-99 мм рт.ст.) с поражением органов-мишеней рекомендуется:

коррекция АД не требуется

изменить образ жизни, коррекция АД не требуется

изменить образ жизни в течение нескольких месяцев, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни в течение нескольких недель, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

+изменить образ жизни и назначить антигипертензивную фармакотерапию

10. Целевые цифры АД для всех категорий больных, за исключением с сахарным диабетом, составляют (ESC 2013):

< 120/80 мм рт.ст.

< 130/80 мм рт.ст.

< 140/85 мм рт.ст.

+< 140/90 мм рт.ст.

< 150/90 мм рт.ст.

11. Целевые цифры АД для больных АГ и сахарным диабетом, составляют (ESC 2013):

< 120/80 мм рт.ст.

< 130/80 мм рт.ст.

+< 140/85 мм рт.ст.

< 140/90 мм рт.ст.

< 150/90 мм рт.ст.

12. К рациональным комбинациям антигипертензивных средств относятся все, за исключением:

иАПФ+диуретик

БРА+диуретик

иАПФ+антагонист кальция

БРА+антагонист кальция

+иАПФ+БРА

13. Вторичная АГ:

появление АГ вторично по времени с иной патологией

появление АГ у больных старше 50 лет

+причиной повышения АД является поражение различных органов и систем, а АГ – лишь один из симптомов заболевания

АГ во втором поколении в семье

ни одна из приведенных выше ситуаций

14. Вторичная АГ выявляется с частотой

менее 1%

1–5%

+5–25%

25–50%

более 50%

15. При вторичной АГ, обусловленной хроническим пиелонефритом, в первую очередь нарушается:

почечный плазматок

клубочковая фильтрация

+канальцевая реабсорбция

все приведенное выше

ничего из приведенного выше

16. Самая частая причина вазоренальной (реноваскулярной) АГ у мужчин:

фибромускулярная дисплазия почечных артерий

+атеросклероз почечных артерий

неспецифический аорто–артериит

ни одна из причин, приведенных ниже

одинаково часто в приведенных ситуациях

17. Не является вторичной АГ эндокринного генеза:

+перименопаузальная АГ

АГ у больных СД

АГ при акромегалии

АГ при аутоиммунном тиреоидите

АГ у больных гиперпаратиреозом

18. Нефротический синдром в дебюте АГ скорее всего указывает на:

вторичную АГ эндокринного генеза

+вторичную нефрогенную АГ

реноваскулярную АГ

первичную АГ, осложненную ХСН

нет правильного ответа

19. «Золотой стандарт» диагностики реноваскулярной АГ:

УЗИ почек и сосудов

экскреторная урография

МРТ органов мочевой системы

+ангиография почечных сосудов

нет правильного ответа

20. При дифференциальной диагностике ГБ и гипертонической формы гломерулонефрита решающее значение имеют:

результаты анализов мочи

концентрация креатинина крови

данные УЗИ органов мочевыведения

+результаты нефробиопсии

анамнестические сведения

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза артериальной гипертензии (АГ), легочной гипертензии (ЛГ).

2. Провести диагностику АГ или ЛГ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза, функциональных проб почек, гормональных исследований крови.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации артериального давления (АД).

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография, дуплексное исследование сосудов).

7. Оценить результаты рентгенологических и ангиографических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки, аортография, ангиопульмонография).

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ГБ и симптоматических артериальных гипертензий, ЛГ и вторичных легочных гипертензий.

9. Провести стратификацию риска у пациента с АГ.

10. Назначить лечение больному АГ/ЛГ в зависимости от классификационной формы заболевания.

11. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

13. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 4.** **Болезни миокарда.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Самой частой этиологический причиной миокардитов являются:

бактерии

+вирусы

риккетсии

спирохеты

простейшие

2. Ведущий механизм патогенеза миокардитов:

токсический

аллергический

+иммунный

генетический

гормональный

3. Первыми субъективными симптомами заболевания у больных миокардитом являются:

повышение температуры тела

кардиалгии

сердцебиение

+одышка

артралгии

4. «Золотой стандарт» диагностики миокардитов:

ЭКГ

ЭхоКГ

рентгенография органов грудной клетки

МРТ

+эндомиокардиальная биопсия

5. ЭКГ – предикторы неблагоприятного прогноза при миокардита:

расширение QRS

желудочковая экстрасистолия

блокада левой ножки пучка Гиса

патологический зубец Q

+все вышеперечисленное

6. Специфической терапией миокардитов следует считать:

применение противовирусных препаратов

использование плазмафереза

применение экстракорпоральной мембранной оксигенации

использование стволовых (мезенхимальных) клеток

+применение высоких доз кортикостероидов при саркоидозе сердца

7. После перенесенного миокардита физические нагрузки следует ограничить не менее, чем:

на неделю

на месяц

на квартал

+на полгода

на год и более

8. Наиболее часто миокардиты приходится дифференцировать:

с вегетативными нарушениями

с различными формами ИБС

с кардиомиопатиями

+со всеми перечисленными ситуациями

нет правильного ответа

9. Среди немедикаментозных методов лечения миокардитов приоритетно:

+ограничение физических нагрузок

соблюдение малосольной диеты

соблюдение гипоаллергенной диеты

ограничение принимаемой жидкости

ничего из приведенного

10. 18-летний юноша направлен для дообследования военкоматом. При осмотре выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:

ЭКГ

+ЭхоКГ

рентгеноскопия грудной клетки

исследование крови на титры антистрептококковых антител

тредмил-тест

11. Основные медикаменты при лечении больных миокардитами:

+средства профилактики и лечения СН

антиаритмики

антибиотики

противовирусные препараты

ничего из перечисленного

12. Основа профилактики миокардитов:

превентивная тонзиллэктомия

текущая антибактериальная профилактика

+предупреждение развития инфекций, своевременная их диагностика и лечение

ничего из перечисленного

все из перечисленного

13. Среди амбулаторно наблюдаемых пациентов с ХСН кардиомиопатии составляют:

+менее 1%

1-5%

6–10%

11–20%

21–50%

14. Среди больных ХСН, получающих лечение в стационарах, кардиомиопатии составляют:

менее 1%

+до 5%

6-10%

11–20%

21–50%

15. В настоящее время кардиомиопатии диагностируют в реальной клинической практике на основании:

генетических и биохимических исследований

ЭКГ данным и показателям суточного мониторирования ЭКГ

+путем исключения конкретных нозологий (АГ, ИБС и т.п.) и анализа показателей ЭхоКГ

показателям ЭхоКГ и результатам исследования биоптатов миокарда

результатов КТ и МРТ органов грудной клетки

16. В перспективе диагностика кардиомиопатий будет осуществляться на основании результатов:

+генетических и морфогенетических исследований

ЭКГ данных и показателей суточного мониторирования ЭКГ

Эхокардиографии и стресс–Эхо

КТ и МРТ органов грудной клетки

биохимических исследований с учетом семейного анамнеза

17. В современной клинической практике дилатационная кардиомиопатия чаще всего – результат:

АГ и ИБС

приобретенных и врожденных пороков сердца

+перенесенного миокардита и злоупотребления алкоголем (АБС)

генетических и хромосомных мутаций

саркоидоза и амилоидоза

18. Внезапная сердечная смерть может быть результатом:

гипертрофической кардиомиопатии

дилатационной кардиомиопатии

аритмогенной дисплазии правого желудочка

+при всех перечисленных выше состояниях

ни при одном из перечисленных выше состояний

19. При лечении гипертрофической кардиомиопатии используют:

бета–блокаторы

верапамил

дизопирамид

+все перечисленных выше препараты

ни один из перечисленных выше препаратов

20. При обструктивной гипертрофической кардиомиопатии, рефрактерной к медикаментозному лечению используют:

септальную миоэктомию

алкогольную септальную аблацию

последовательную двукамерную ЭКС с укороченной атриовентрикулярной задержкой

трансплантацию сердца

+все перечисленные методы

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления заболевания миокарда (миокардит, кардиомиопатия, некоронарогенные невоспалительные заболевания миокарда).

2. Провести диагностику заболеваний миокарда на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических методов, биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации ЭКГ.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

7. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки).

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний миокарда.

9. Назначить лечение больному с установленным заболеванием миокарда.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 5.** **Инфекционный эндокардит.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Наиболее высокий риск инфекционного эндокардита при:

протезах клапанов

перенесенном ранее инфекционном эндокардите

синем типе врожденного порока сердца

+при всех перечисленных состояниях

нет правильного ответа

2. Антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита лицам с высоким риском показана при:

гастроскопии

ларингоскопии

+зубных процедурах, требующих манипуляций в гингивальной и периапекальной зонах зуба или перфорации слизистой ротовой полости

лечении поверхностного кариеса

при вмешательстве на коже и мягких тканях

3. Инфекционный эндокардит в первую очередь надо заподозрить при наличии следующих клинических ситуаций:

артралгия и петехиальная сыпь

артериальная гипертензия и микрогематурия

лихорадка и похудение

длительный субфебрилитет и протеинурия

+лихорадка и эмболические осложнения

4. При осмотре глазного дна при инфекционном эндокардите можно выявить признак заболевания:

+пятна Рота

узелки Ослера

пятна Джейнуэя

симптом Лукина-Либмана

ангиопатию сетчатки

5. К критериям инфекционного эндокардита из лабораторных показателей относится:

ускорение СОЭ

лейкоцитоз

увеличение СРБ

все перечисленное

+ничего из перечисленного

6. Из методов визуализации методом выбора в диагностике инфекционного эндокардита является

МСКТ

МРТ

+ЭхоКГ

ПЭТ

КТ

7. К большим критериям инфекционного эндокардита относятся Эхо-КГ признаки:

вегетации

абсцесса или псевдоаневризмы

дисфункции протезированного клапана

+все перечисленное

ничего из перечисленного

8. Причинами отрицательного бактериального роста при инфекционном эндокардите могут быть:

предшествующая антибактериальная терапия

грибки

атипичные (внутриклеточные) микроорганизмы

+все перечисленное

нет верного ответа

9. К осложнениям инфекционного миокардита относится все, за исключением:

остеомиелит

гломерулонефрит

+артроз

миокардит

абсцесс селезенки

10. Небактериальный тромботический эндокардит встречается при:

раке

антифосфолипидном синдроме

системной красной волчанке

+при всех перечисленных

ни при каком из перечисленных

11. Правосторонний инфекционный эндокардит чаще встречается:

при беременности

+у в/в наркоманов

при раке толстого кишечника

у ВИЧ-инфицированных

при врожденном пороке сердца «синего» типа

12. Рецидив инфекционного эндокардита может быть обусловлен:

хроническим диализом

неадекватной исходной антибактериальной терапией

персистирующем очагом инфекции

устойчивыми микроорганизмами

+всем перечисленным

13. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: 1. миокардит; 2. васкулиты мелких сосудов; 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; 4. прогрессирующее сужение митрального клапана.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

+если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

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

дефектом межпредсердной перегородки;

+дефектом межжелудочковой перегородки;

митральным стенозом;

пролабированием митрального клапана без регургитации;

гипертрофической кардиомиопатией.

16. При эндокардите, вызванной грибками, показано назначение:

ампициллина;

тетрациклина;

+амфотерицина В;

канамицина;

карбенициллина.

17. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются: 1. порок сердца; 2. эмболии; 3. бактериемия; 4. нарушения ритма.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

+если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

+у больных, имеющих поражение клапанного аппарата;

при интактных клапанах;

после протезирования клапана;

после комиссуротомии;

у больных с поражением миокарда.

19. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

+у большинства больных;

редко;

в период выздоровления;

в сочетании с лейкопенией;

при нормальном СОЭ.

20. При какой патологии, помимо инфекционного эндокардита, возможно выявление вегетации на клапанах сердца:

+антифосфолипидный синдром

«оглушенный» миокард

«спортивное» сердце

дилатационная кардиомиопатия

синдром Штейна-Левенталя

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза инфекционного эндокардита (ИЭ).

2. Провести диагностику ИЭ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза, результатов бактериологических исследований крови.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки).

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ИЭ.

8. Назначить лечение пациенту с ИЭ.

9. Определить показания к кардиохирургическому лечению ИЭ.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 6.** **Перикардиты.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Частота поражений перикарда по патологоанатомическим данным в РФ:

менее 1

+1-10%

11–20%

21–50%

Более 50 %

2. В настоящее время в РФ преобладают перикардиты:

+асептические

инфекционные

травматические

ятрогенные

лучевые

3. Наиболее доброкачественное течение перикардитов:

констриктивных

экссудативных

экссудативно–адгезивных

+сухих

туберкулезной этиологии

4. При туберкулезе поражение перикарда обусловлено:

«жемчужницей» (туберкулезные бугорки)

паратуберкулезными процессами

медикаментозным лечением

+все перечисленное верно

нет верного ответа

5. Триада Бека патогномонична для:

фибринозного перикардита

экссудативного перикардита

экссудативно–адгезивного перикардита

+констриктивного перикардита

панцирного сердца

6. Триада Бека – это:

тахикардия, гипертония, отеки

+малое тихое сердце, повышение венозного давления, асцит

кардиалгия, экстрасистолия, застойные хрипы в легких

шум трения перикарда, экстрасистолия, кардио-пульмональные сращения

плеврит, полиартрит, узловатая эритема

7. Показания к пункции перикарда:

клинико – ЭхоКС признаки тампонады сердца

подозрение на гнойный (гнилостный) характер экссудата

большое количество экссудата в полости перикарда

необходимость уточнения этиологии перикардита при технической возможности пункции

+все перечисленное

8. К симптоматическому лечению перикардитов относят:

применение колхицина

применение гликокортикоидв

+применение аналгетиков

применение цитостатиков

хирургическое лечение при «панцирном» сердце

9. Шум трения перикарда чаще всего является признаком:

+фибринозного перикардита

выпотного перикардита

тампонады сердца

перикардита туберкулезной этиологии

хилоперикарда

10. Хроническим считают перикардит симптомы которого сохраняются более:

1 месяца

+3 месяцев

6 месяцев

9 месяцев

1 года

11. Выпот в перикарде среди больных с эндокринной патологией встречается наиболее часто при:

акромегалии

гипертиреозе

сахарном диабете

+гипотиреозе

феохромоцитоме

12. При выпотном перикардите уменьшение удушья в позе Брейтмана (сидя «верхом» на стуле, наклонившись вперед, упираясь лбом в подушку) обусловлено:

+разгрузкой бассейна верхней полой вены

разгрузкой бассейна нижней полой вены

снижением давления в легочной артерии

улучшением коронарного кровотока

улучшением микроциркуляции

13. В норме полость перикарда содержит:

около 5 мл жидкости;

+до 50 мл жидкости;

100-200 мл жидкости;

300-500 мл жидкости;

100 мл жидкости.

14. Для острого перикардита не характерно:

+брадикардия;

повышение температуры тела;

боль за грудиной;

шум трения перикарда;

дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

15. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

эозинофилы;

моноциты;

+лимфоциты;

лейкоциты

эритроциты.

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

нитраты;

папаверин или нош-па;

+нестероидные противовоспалительные препараты;

стероидные препараты;

наркотические анальгетики.

17. При экссудативном перикардите может наблюдаться: 1. одышка; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. тахикардия и парадоксальный пульс.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:

+резкое снижение сердечного выброса на вдохе;

повышение сердечного выброса на выдохе;

нарушение ритма;

повышение сердечного выброса на вдохе

снижение сердечного выброса на выдохе.

19. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

аускультации;

рентгенографии;

электрокардиографии;

+эхокардиографии;

сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

20. При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

происходит снижение венозного давления и повышение артериального;

+отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;

артериальное и венозное давление существенно не меняются;

отмечается снижение артериального давления;

происходит снижение венозного и артериального давления.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза перикардита.

2. Провести диагностику перикардита на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, иммунологических исследований.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки).

7. Определить показания для пункции перикарда.

8. Оценить результаты исследования перикардиального выпота, в т.ч. бактериологического.

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику перикардита.

10. Назначить лечение пациенту с перикардитом.

11. Определить показания к кардиохирургическому лечению перикардитов.

12. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

13. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

14. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 7.** **Нарушения ритма сердца и проводимости.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К суправентрикулярным нарушениям ритма сердца относят аритмии, источник которых расположен в:

синусовом узле

миокарде предсердий

устьях полых или легочных вен

атриовентрикулярном узле

+все перечисленное верно

2. Все перечисленное справедливо по отношению к наджелудочковой экстрасистолии, за исключением:

наиболее частая аритмия

наблюдается в любом возрасте

+не встречается у практически здоровых лиц

возникает при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

возникновению способствуют эндокринные заболевания

3. Для симптоматической терапии наджелудочковой экстрасистолии, сопровождающейся выраженным субъективным дискомфортом, возможно применение:

+бисопролола

амлодипина

ивабрадина

амиодарона

дигоксина

4. Синусовая тахикардия определяется как синусовый ритм с частотой в минуту более:

80

90

+100

110

120

5. Тахикардию, патогенетическим механизмом которой является повторный вход импульса (re-entry), называют:

+реципрокной

ортодромной

антидромной

наджелудочковой

желудочковой

6. Для реципрокной тахикардии характерно:

постепенное начало («разогрев») и постепенное окончание («охлаждение»)

внезапное начало и постепенное окончание («охлаждение»)

постепенное начало («разогрев») и внезапное окончание

+внезапное начало и внезапное окончание (приступообразное течение)

любое течение

7. «Вагусные» пробы могут прервать пароксизм:

синоатриальной реципрокной тахикардии

атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии

наджелудочковой ортодромной реципрокной тахикардии

наджелудочковой антидромной реципрокной тахикардии

+все перечисленное верно

8. Аденозин (АТФ) применяют для купирования:

+атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии

желудочковой тахикардии

суправентрикулярной экстрасистолии

атриовентрикулярной блокады

желудочковой экстрасистолии

9. Препаратом выбора для профилактики пароксизмов АВ-узловой реципрокной тахикардии является:

+верапамил

дигоксин

амиодарон

соталол

лидокаин

10. При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта клиническим признаком может быть пароксизм:

наджелудочковой ортодромной реципрокной тахикардии

наджелудочковой антидромной реципрокной тахикардии

фибрилляции предсердий

трепетания предсердий

+все перечисленное верно

11. Методом выбора для профилактики повторных приступов наджелудочковых тахикардий при синдромах предвозбуждения является:

+катетерная аблация дополнительных путей проведения

антиаритмические препараты IА класса

- антиаритмические препараты IВ класса

- антиаритмические препараты IС класса

- антиаритмические препараты III класса

12. Для купирования приступа трепетания предсердий показано внутривенное введение:

прокаинамида

пропафенона

соталола

амиодарона

+все ответы верные

13. При выраженных нарушениях гемодинамики (артериальная гипотензия, острая коронарная или сердечная недостаточность) методом выбора для прекращения аритмии является:

вагусные пробы

внутривенное введение кордарона

чреспищеводная стимуляция предсердий

+неотложная электрическая кардиоверсия

комбинированная пероральная антиаритмическая терапия

14. Риск тромбоэмболических осложнений возрастает при продолжительности фибрилляции/трепетания предсердий более:

6 часов

12 часов

24 часов

+2 суток

7 суток

15. Назначение антиаритмических препаратов I класса противопоказано при:

признаках структурного поражения сердца

при наличии сердечной недостаточности

при снижении ФВ до 40% и менее

при гипертрофии миокарда (толщина стенок левого желудочка 1,5 см и более по данным ЭхоКГ)

+все ответы правильные

16. В классификации типов фибрилляции предсердий указано все верно, за исключением:

пароксизмальная

персистирующая

+медленно персистирующая

длительно персистирующая

постоянная

17. Для восстановления синусового ритма при пароксизме фибрилляции предсердий показано внутривенное введение (медикаментозная кардиоверсия):

+прокаинамида

верапамила

магния сульфата

эсмолола

дигоксина

18. При невозможности внутривенного введения препаратов медикаментозная кардиоверсия при пароксизме фибрилляции предсердий может быть проведена при помощи перорального приёма:

пропранолола

верапамила

дигоксина

+пропафенона

панангина

19. Тактика «контроля частоты ритма желудочков» при фибрилляции предсердий предпочтительна у больных с:

бессимтомной или малосимптомной ФП

неэффективностью предшествующего профилактического антиаритмического лечения

тяжелым органическим поражением сердца

хроническим течением ФП

+все ответы верные

20. Для «контроля частоты ритма желудочков» при фибрилляции предсердий могут использоваться:

бета-блокаторы

недигидропиридиновые антагонисты кальция

сердечные гликозиды

+все перечисленные

ни один из перечисленных

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования у пациентов с нарушения ритма сердца (НРС).

2. Провести диагностику НРС на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации ЭКГ.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

7. Оценить результаты функциональных проб (проб с физической нагрузкой, лекарственных проб и тестов).

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику НРС.

9. Провести стратификацию риска (оценить риск ишемического инсульта и системных кардиоэмболических осложнений, внезапной сердечной смерти) у пациента с НРС.

10. Назначить лечение больному с НРС в зависимости от вила аритмий, их причин и установленного риска.

11. Определить показания к интервенционному лечению НРС (временная и постоянная электрокардиостимуляция, имплантация кардиовертера-дефибриллятора, методы аблации).

12. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

13. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

14. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 8.** **Сердечная недостаточность.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. В РФ основными причинами хронической сердечной недостаточности являются

+Артериальная гипертония и ИБС

Врожденные и приобретенные пороки сердца

Миокардиты и кардиомиопатии

Болезни эндокарда и перикарда

Эндокринные заболевания и нарушения питания

2. В патогенезе сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка ключевое значение имеет активация:

ренин-ангиотензиновой системы

ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

симпатической нервной системы

+ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатической нервной систем

других систем

3. Наибольшей информативностью из лабораторных показателей в диагностике ХСН обладает параметр

тиреоидных гормонов

гемоглобина

протеинограмма

+натрийуретических гормонов

клиренс креатинина

4. Основным методом оценки систолической функции сердца является:

электрокардиография

электрокардиография высокого разрешения

+эхокардиография

допплер-эхокардиография

рентгенография органов грудной клетки с расчетом кардиоторакального индекса

5. Основным методом оценки диастолической функции сердца является:

электрокардиография

электрокардиография высокого разрешения

эхокардиография

+допплер-эхокардиография

рентгенография органов грудной клетки с расчетом кардиоторакального индекса

6. К клиническим признакам хронической сердечной недостаточности может относится все, за исключением

одышка

тахикардия

утомляемость

влажные хрипы в легких

+отек одной голени

7. Параметром эхокардиографии, свидетельствующий о глобальной систолической функции левого желудочка является:

КДР ЛЖ

КДО ЛЖ

КСР ЛЖ

КСО ЛЖ

+ФВ ЛЖ

8. Больным I ФК ХСН и бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ показано назначение:

диуретиков

сердечных гликозидов

нитратов

антагонистов кальция

+ингибиторов АПФ

9. Назначение ингибиторов АПФ противопоказано при:

хронической обструктивной болезни легких

рецидивирующей крапивнице

стеатозе печени

в пожилом возрасте

+при беременности

10. Алгоритм назначения ингибитора АПФ при ХСН:

начинать с максимальных суточных доз с дальнейшим уменьшением

назначаются сразу среднетерапевтические дозы на постоянный прием

+начинать с низких доз, титровать не чаще 1 раз в 2 недели до целевой или максимально переносимой дозы

назначаются в низких дозах без дальнейшей титрации

все схемы назначения приемлемы

11. Бета-блокаторы в лечении ХСН с систолической дисфункцией:

противопоказаны

показаны только при сопутствующей артериальной гипертонии

+являются препаратами первой линии, наряду с ингибиторами АПФ, у пациентов со стабильной ХСН II-III ФК

показаны только при ХСН ишемической этиологии

противопоказаны при развитии застойных явлений

12. Рекомендуемые бета-блокаторы при ХСН все, за исключением

метопролола сукцинат

+метопролола тартрат

бисопролол

карведилол

небивалол

13. Антагонисты минералкортикоидных рецепторов (антагонисты альдостерона) показаны:

при всех стадиях ХСН

при всех функциональных классах ХСН

всем больным с постинфарктным кардиосклерозом

при диастолической дисфункции левого желудочка

+всем больным, имеющим симптомы ХСН (II-IV ФК) и ФВ ЛЖ ≤ 35%

14. Диуретики показаны:

при всех стадиях ХСН

при всех функциональных классах ХСН

только при систолической дисфункции левого желудочка

только при диастолической дисфункции левого желудочка

+при ХСН II-IV ФК

15. Причинами снижения эффективности диуретиков может быть:

гипоперфузия

отек кишечника

нарушение солевой диеты

прием НПВС

+все перечисленное верно

16. Препарат выбора для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью:

прокаинамид

пропафенон

соталол

+амиодарон

все ответы верные

17. Оценка риска ишемического инсульта у больных хронической сердечной недостаточностью с фибрилляцией предсердий рекомендуется по шкале:

CRUSADE

SCORE

+CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

ШОКС

18. Оценка риска кровотечений у больных хронической сердечной недостаточностью с фибрилляцией предсердий рекомендуется по шкале:

CRUSADE

SCORE

CHA2DS2-VASc

+HAS-BLED

ШОКС

19. Для профилактики ишемического инсульта у больных хронической сердечной недостаточностью с фибрилляцией предсердий следует отдать предпочтение:

ацетилсалициловой кислоте

клопидогрелу

комбинации ацетилсалициловой кислоте с клопидогрелом

+оральным антикоагулянтам

постановке окклюдера ушка левого предсердия

20. Гражданам, находящимся под диспансерным наблюдением с хронической сердечной недостаточностью показана ежегодная вакцинация против:

краснухи

дифтерии

столбняка

вирусного гепатита

+гриппа

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза хронической сердечной недостаточности (ХСН).

2. Провести диагностику ХСН на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза, функциональных проб почек, натрийуретического пептида.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

6. Оценить результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ХСН и ее декомпенсации.

8. Назначить лечение пациенту с ХСН, с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.

9. Определить показания к механическим и хирургическим методам лечения ХСН.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 9.** **Артриты и артропатии.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К клиническим проявлениям поражения суставов относят:

+местные признаки воспаления (припухлость, гипетермия, гиперемия)

боли ноющего характера с парастезиями, преимущественно ночью

повышенная зябкость и похолодание ног

усиление потливости

кахексия

2. Признаками поражения околосуставных тканей являются:

+боль возникает при активных, а не при пассивных движениях

боли ноющего характера с парастезиями, преимущественно ночью

повышенная зябкость и похолодание ног

усиление потливости

кахексия

3. Признаком хронического воспаления суставов будет:

заболевание длиться менее 6 недель

+продолжительность заболевания более 6 недель

нарастание артралгии в течение 1-3 дней

нарастание интенсивности болей в суставах в течение нескольких недель или месяцев

продолжительность заболевания более 1 месяца

4. Хроническое воспаление суставов более характерно для:

подагры

псевдоподагры

+остеоартроза

ревматической лихорадки

инфекционного артрита

5. Для воспалительного типа боли не характерно:

спонтанное появление болей в покое

появление болей в ночные и предутренние часы

+уменьшение болей в покое

сопровождение болей утренней скованностью

больной просыпается из-за интенсивных болей

6. Для механического типа боли характерно:

спонтанное появление болей в покое

появление болей в ночные и предутренние часы

+уменьшение болей в покое

сопровождение болей утренней скованностью

больной просыпается из-за интенсивных болей

7. Появление болей только при определённых движениях в суставе характерно для:

артритов

+поражения околосуставных мягких тканей

артрозов

присоединившегося синовита

только для артритов протекающих с деструкцией (эрозированием) суставных поверхностей (ревматоидный артрит, псориатический артрит)

8. Для ревматоидного артрита характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

+симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

9. Для остеоартроза характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

+симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

10. Для реактивного артрита характерно поражение:

+асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

11. Для анкилозирующего спондилита характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

+симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

12. Для подагрического артрита характерно поражение:

+одностороннее поражение плюснефалангового сустава I пальца стопы

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

дактилит I пальца стопы

13. Максимальная выраженность артрита в первый день заболевания характерна для:

ревматоидного артрита

острой ревматической лихорадки

+подагрического артрита

псориатического артрита

болезни Бехтерева

14. Дефигурация сустава это следствие:

равномерного опухания сустава за счёт воспалительного отёка тканей и выпота в суставную сумку

+выпота в отдельных заворотах суставной сумки

изменения внешнего вида сустава за счёт разрастания костной ткани

изменения внешнего вида сустава за счёт анкилозов

изменения внешнего вида сустава за счёт подвывихов

15. Узелки Гебердена располагаются:

в затылочной области, по ходу позвоночника, вокруг локтевых и коленных суставов

на тыле кисти, в области бугристости большеберцовой кости, на тыле локтевых суставов

+на уровне дистальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

на уровне проксимальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

на ушной раковине, тыле локтевых суставов, пальцах

16. Расположение в области проксимальных межфаланговых суставов характерно для:

ревматических узелков

ревматоидных узелков

узелков Гебердена

+узелков Бушара

подагрических тофусов

17. Узелки Бушара располагаются:

в затылочной области, по ходу позвоночника, вокруг локтевых и коленных суставов

на тыле кисти, в области бугристости большеберцовой кости, на тыле локтевых суставов

на уровне дистальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

+на уровне проксимальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

на ушной раковине, тыле локтевых суставов, пальцах

18. Подагрические тофусы обычно локализуются в области:

в затылочной области, по ходу позвоночника, вокруг локтевых и коленных суставов

на тыле кисти, в области бугристости большеберцовой кости, на тыле локтевых суставов

на уровне дистальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

на уровне проксимальных межфаланговых суставов обычно II-V пальцев кисти

+на ушной раковине, тыле локтевых суставов, пальцах

19. Расположение в области дистальных межфаланговых суставов характерно для:

ревматических узелков

ревматоидных узелков

+узелков Гебердена

узелков Бушара

подагрических тофусов

20. Ульнарная девиация кисти характерна для:

остеоартроза

остеопороза

+ревматоидного артрита

артрита при системной красной волчанке

псориатического артрита

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза артрита.

2. Провести диагностику заболевания суставов на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических методов, биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования суставов.

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования костно-мышечной системы.

6. Провести диагностику и дифференциальную диагностику суставного синдрома.

7. Определить показания для диагностической пункции сустава и внутрисуставного введения лекарственных препаратов.

8. Оценить результаты исследования суставной жидкости, полученной при пункции сустава.

9. Назначить лечение пациенту с артритом/артропатиями.

10. Определить показания к хирургическому лечению суставной патологии.

11. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

13. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 10.** **Ревматизм.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Признаком вальвулита митрального клапана является:

+Длительный, дующий, связанный с I тоном систолический шум над верхушкой

Нарастающий пресистолический шум на верхушке с последующим усиленным тоном открытия митрального клапана

Базальный протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба

Поздний систолический шум на верхушке

Всё перечисленное неверно

2. Признаком вальвулита аортального клапана является:

Длительный, дующий, связанный с I тоном систолический шум над верхушкой

Пресистолический шум на верхушке с последующим усиленным тоном открытия митрального клапана

+Базальный протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба

Поздний систолический шум на верхушке

Всё перечисленное неверно

3. Отличительным признаком тяжёлого ревматического кардита является:

Органический шум при аускультации

Кардиомегалия

Перикардит

+Застойная сердечная недостаточность

Всё вышеперечисленное

4. Длительность вторичной профилактики после перенесенной ревматической лихорадки для лиц со сформированным ревматическим пороком сердца

не менее 5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

+пожизненно

не менее 15 лет или до 35-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

до оперативного лечения порока и не менее 5 лет после него

5. Препаратом выбора для проведения вторичной профилактики после перенесенной ревматической лихорадки является:

Бициллин-5

+Бензатина бензиллпенициллин

Новокаиновая соль бензилпенициллина

Смесь бензатина бензиллпенициллина и новокаиновой соли бензилпенициллина в соотношении 4:1

Любой из вышеперечисленных препаратов

6. Диастолический шум с пресистолическим усилением и максимумом на верхушке в сочетании с громким, хлопающим I тоном характерен для

+Митрального стеноза

Недостаточности митрального клапана

Аортального стеноза

Недостаточности аортального клапана

Трикуспидальной регургитации

7. Голосистолический шум на верхушке в сочетании с ослабленным I тоном характерен для:

Митрального стеноза

+Недостаточности митрального клапана

Аортального стеноза

Недостаточности аортального клапана

Трикуспидальной регургитации

8. Средне- или позднесистолический шум на верхушке при неизменённом I тоне характерен для

Митрального стеноза

Недостаточности митрального клапана

Аортального стеноза

Недостаточности аортального клапана

+Пролапса митрального клапана

9. Средне- или позднесистолический шум по левому краю грудины в сочетании с пародоксальным расщеплением II тона характерен для:

Митрального стеноза

Недостаточности митрального клапана

+Аортального стеноза

Недостаточности аортального клапана

Трикуспидальной регургитации

10. Дующий диастолический шум по левому краю грудины в сочетании с ослабленным I тоном характерен для

Митрального стеноза

Недостаточности митрального клапана

Аортального стеноза

+Недостаточности аортального клапана

Трикуспидальной регургитации

11. Ревматическая лихорадка вызывается

зеленящим стрептококком

бета-гемолитическим стрептококком группы С

пневмококком

+бета-гемолитическим стрептококком группы А

возбудитель не известен

12. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через

1–2 года

+2–3 недели

4-7 дней

5-6 месяцев

6-8 недель

13. У больного с изолированным митральным стенозом на электрокардиограмме может регистрироваться: 1). широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо; 2). широкий зазубренный зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса; 3). широкий зазубренный зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям; 4). широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

14. При рентгенологическом исследовании у больных с митральным стенозом возможно: 1). увеличение второй дуги левого контура (ствол легочной артерии); 2). увеличение третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия); 3). наличие признаков активной легочной гипертензии; 4). увеличение четвертой дуги по левому контуру.

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. Для ревматического артрита характерно

+острый симметричный летучий полиартрит преимущественно крупных и средних суставов

острый симметричный артрит мелких суставов кистей

острый асимметричный артрит суставов нижних конечностей

хронический стойкий олигоартрит крупных суставов

хронический асимметричный артрит суставов первого пальца стопы со склонностью к развитию дактилита

16. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относят:

+кардит, полиартрит, хорею, кольцевидную эритему, подкожные ревматические узелки

кардит, артралгии, лихорадку выше 38, кольцевидную эритему, подкожные ревматические узелки

кардит, полиартрит, хорею, кольцевидную эритему, положительную БГСА-культуру выделенную из глотки

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

17. Пульс tardus (замедленный), parvus (малый) характерен для:

недостаточности трехстворчатого клапана;

недостаточности митрального клапана;

недостаточности аортального клапана;

+стеноза устья аорты;

митрального стеноза.

18. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

недостаточности митрального клапана;

митрального стеноза;

недостаточности аортального клапана;

стеноза устья аорты;

+недостаточности трехстворчатого клапана.

19. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

недостаточности митрального клапана;

+митральном стенозе;

недостаточности аортального клапана;

стенозе устья аорты;

недостаточности трехстворчатого клапана.

20. К белкам острой фазы относятся: 1. С-реактивный белок; 2. гаптоглобулин; 3. альфа-глобулин; 4. церуллоплазмин.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза острой ревматической лихорадки/хронической ревматической болезни сердца.

2. Провести диагностику ревматизма на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, иммунологических методов.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику приобретенных пороков сердца.

8. Определить тактику ведения пациента с ХРБС.

9. Определить показания к кардиохирургической коррекции клапанной патологии.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 11. Системные заболевания соединительной ткани и системные васкулиты.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Ангиоспастический синдром Рейно типичный компонент клинической картины:

системной склеродермии

системной красной волчанки

дерматомиозита и других воспалительных аутоиммунных миопатий

CREST-синдрома

+всё перечисленное верно

2. Приподнятые округлые очаги с гиперемированными краями, депигментацией и атрофическими изменениями по центру это признаки:

эритематозного дерматита

+дискоидного поражения кожи

нодулярного поражения кожи

фотосенсибилизации при системной красной волчанке

васкулитной сосудистой «бабочки»

3. Синдром Жакку это:

+артропатия со стойкими деформациями суставов за счёт поражения сухожилий и связок, но без эрозивного артрита

симметричный эрозивный артрит мелких суставов кистей

асептические (васкулитные) некрозы головок бедренной кости при СКВ

анкилозирование мелких суставов кисти при СКВ

всё перечисленное не верно

4. В критерии диагностики СКВ не входят:

повышеный титр антинуклеарных антител

+LE-клетки

повышенный титр антител к нативной ДНК

антифосфолипидные антитела

всё перечисленное не верно

5. Диффузная форма системной склеродермии ассоциирована с:

+появлением в крови антител к Scl-70

появлением в крови антицентромерных антител

появлением в крови нуклеарных антител

появлением в крови антител к нативной ДНК

всё перечисленное верно

6. Сочетание кальциноза, синдрома Рейно, нарушения перистальтики пищевода, склеродактилия и телеангиэктазии характеризуют:

+CREST-синдром

диффузную форму системной склеродермии

подострое течение системной скдеродермии

всё перечисленное не верно

всё перечисленное верно

7. Наиболее частое расположение подкожных кальцинатов при системной склеродермии:

паравертебрально

+кончики пальцев кистей рук, наружная поверхность локтей, колен

в области затылочной кости

в области тыльной поверхности кистей и стоп

всё перечисленное верно

8. Амимичное маскообразное неравномерно пигментированное с очагами телеангиэктазий лицо, кисетный рот, затруднённое моргание – характерный вид лица пациента с:

+системной склеродермией

системной красной волчанкой

дерматомиозитом и другими воспалительными аутоиммунными миопатиями

ревматоидным артритом

всё перечисленное верно

9. Сухость кожных покровов, сухость и отсутствие слюны во рту, рези в глазах, сухость конъюнктивы в следствие поражения желез внешней секреции характерно для:

синдрома Рейно

+синдрома Шегрена

CREST-синдрома

синдрома Тибьержа-Вейссенбаха

10. Артрит при системной красной волчанке в отличие от ревматоидного артрита:

характеризуется симметричным поражением крупных суставов

+не эрозивный

характеризуется асимметричным поражением суставов нижних конечностей

характеризуется поражением крестцово-подвздошных сочленений

всё перечисленное верно

11. Стеноз нижних отделов пищевода с компенсаторным расширением верхних – это характерное поражение желудочно-кишечного тракта при:

+системной склеродермии

системной красной волчанке

дерматомиозите и других воспалительных аутоиммунных миопатиях

синдроме Шегрена

всё перечисленное верно

12. Нарастающая симметричная проксимальная мышечная слабость характерна для:

системной склеродермии

системной красной волчанки

+дерматомиозита (полимиозита)

синдрома Шегрена

всё перечисленное верно

13. Периорбитальный отёк и гелиотропная сыпь на лице в виде очков – признак:

системной склеродермии

системной красной волчанки

+дерматомиозита (полимиозита)

синдрома Шегрена

всё перечисленное верно

14. Для геморрагического васкулита типично:

поражение кожи и клубочков почек

+поражение кожи, кишечника, почек в сочетании с артралгиями или артритом

поражение почек (некротизирующий гломерулонефрит) и лёгких (геморрагический альвеолит)

образование аневризм, тромбозы, разрывы аневризм с кровотечением, инфаркты пораженных органов и тканей

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

15. Для криоглобулинемического васкулита типично:

+поражение кожи и клубочков почек

поражение кожи, кишечника, почек в сочетании с артралгиями или артритом

поражение почек (некротизирующий гломерулонефрит) и лёгких (геморрагический альвеолит)

образование аневризм, тромбозы, разрывы аневризм с кровотечением, инфаркты пораженных органов и тканей

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

16. Для микроскопического полиангиита типично:

поражение кожи и клубочков почек

поражение кожи, кишечника, почек в сочетании с артралгиями или артритом

+поражение почек (некротизирующий гломерулонефрит) и лёгких (геморрагический альвеолит)

образование аневризм, тромбозы, разрывы аневризм с кровотечением, инфаркты пораженных органов и тканей

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

17. Для узелкового полиартериита типично:

поражение кожи и клубочков почек

поражение кожи, кишечника, почек в сочетании с артралгиями или артритом

поражение почек (некротизирующий гломерулонефрит) и лёгких (геморрагический альвеолит)

+образование аневризм, тромбозы, разрывы аневризм с кровотечением, инфаркты пораженных органов и тканей

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

18. Для артериита Такаясу типично:

поражение кожи и клубочков почек

поражение кожи, кишечника, почек в сочетании с артралгиями или артритом

поражение почек (некротизирующий гломерулонефрит) и лёгких (геморрагический альвеолит)

образование аневризм, тромбозы, разрывы аневризм с кровотечением, инфаркты пораженных органов и тканей

+прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

19. К клиническим показаниям для определения АНЦА относятся:

гломерулонефрит, особенно быстро прогрессирующий

кровохарканье/легочное кровотечение, особенно в сочетании с гломерулонефритом

кожный васкулит, сопровождающийся системными проявлениями

множественные очаги поражения легких при рентгенологическом исследовании

+всё перечисленное верно

20. К клиническим показаниям для определения АНЦА не относятся:

хроническое деструктивное поражение верхних дыхательных путей и/или затяжное течение синусита или отита и/или подскладочный стеноз гортани/трахеи

множественный мононеврит или другая периферическая нейропатия

псевдотумор орбиты

всё перечисленное верно

+всё перечисленное не верно

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза системного заболевания (СЗ).

2. Провести диагностику СЗ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических методов, биохимического анализа крови, методов исследования системы гемостаза, функциональных проб почек, гормональных исследований крови, исследования плевральной, перикардиальной, асцитической жидкости, бактериологического исследования биологических жидкостей.

4. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой и других систем.

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки и других органов и систем.

6. Провести диагностику и дифференциальную диагностику СЗ.

7. Определить тактику ведения пациентов с СЗ.

8. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

9. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 12. Остеопороз.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Что из нижеперечисленного не является фактором риска остеопороза:

Предшествующие переломы при небольшой (минимальной) травме.

Низкая МПК.

Возраст 65 лет и старше.

+Возраст старше 50 лет

Женский пол.

2. Что из нижеперечисленного не является фактором риска падений:

Немощность

Низкая физическая активность

Снижение клиренса креатинина

Нарушение зрения

+Геометрия проксимального отдела бедренной кости

3. Что такое Т-критерий:

+количество стандартных отклонений минеральной плотности костной ткани обследуемой выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин

количество стандартных отклонений минеральной плотности костной ткани выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного с пациентом возраста.

усреднённый показатель минеральной плотности костной ткани пациента

отношение минеральной плотности костной ткани пациента к средней возрастной норме минеральной плотности костной ткани

статистический критерий, показывающий вероятность остеопоротических переломов в предстоящие 10 лет

4. Препараты какой группы относят к препаратам первого выбора при терапии остеопороза:

+моноклональные антитела к лиганду рецептора активатора ядерного фактора каппа В

моноклональные антитела к фактору некроза опухоли-α

растворимый рецептор к фактору некроза опухоли-α

кальцитонин лосося и/или угря

моноклональные антитела к поверхностным рецепторам остеобластов

5. Бисфосфонатом для парентерального введения для лечения остеопороза с частотой 1 раз в год является

Аледроновая кислота

+Золедроновая кислота

Ризедроновая кислота

Ибандроновая кислота

Ксидифон

6. Оценка минеральной плотности костной ткани методом DXA у пациентов получающих лечение по поводу остеопороза должна проводится:

Через 6 месяцев после начала терапии

Через 3 месяца после начала терапии, затем – 1 раз в год

+1 раз в 1–3 года от начала терапии, но не чаще чем раз в год.

1 раз в 5 лет

Только при возникновении переломов при минимальной травме

7. Для лечения остеопороза не используется:

алендронат

тирепаратид

деносумаб

золедронат

+ксидифон

8. При оценке МПК у женщин в постменопаузальном периоде и у мужчин в возрасте 50 лет и старше:

+предпочтительнее использования Т-критерия

предпочтительнее использования Z-критерия

предпочтительнее использование Т-критерия и Z-критерия совместно

для мужчин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ

для женщин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ

9. Показаниями для определения минеральной плотности кости являются: А. постменопауза (старше 65 лет) независимо от факторов риска; Б. постменопауза (моложе 65 лет) в сочетании с одним или более факторов риска; В. постменопауза (моложе 65 лет) независимо от факторов риска; Г. мужчины в возрасте 70 лет и старше; Д. мужчины моложе 70 лет с факторами риска переломов.

верно Б, В, Г, Д.

верно А, В, Г, Д.

+верно А, Б, Г, Д.

верно А, Б, В, Д.

верно А, Б, В, Г

10. Z-критерий:

представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин

+представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного пациенту возраста

предпочтителен для использования у женщин в постменопаузе

предпочтителен для использования у мужчин старше 50 лет

всё перечисленное верно

11. Наиболее специфическими для остеопороза жалобами являются:

боли в костях и мышцах

нарушение походки, координации движений

нарушение осанки

+снижение роста более чем на 2 см в год и/или 4 см на протяжении жизни в период, охватывающий возраст с 25 лет до текущего момента

мышечная слабость, утомляемость.

12. Содержание кальция выше в: А. свежей рыбе в сравнении с консервированной; Б. в консервированной рыбе в сравнении со свежей; В в жирных молочных продуктах в сравнении с нежирными; Г. в нежирных молочных продуктах в сравнении с жирными; Д в твёрдых сортах сыра в сравнении с плавленым.

+верно Б, Г, Д

верно А, В, Д

верно А, В

верно А, Г, Д

верно Б, В, Д

13. Максимальное количество витамина D из представленных продуктов содержится в:

120 граммах сардин в масле

1 стакане цельного молока

20 граммах сливочного масла

20 граммах маргарина

+120 граммах атлантической сельди

14. Минимальное количество витамина D из представленных продуктов содержится в:

120 граммах сардин в масле

1 стакане цельного молока

+20 граммах сливочного масла

20 граммах маргарина

120 граммах атлантической сельди.

15. Периодичность диспансерного осмотра больных первичным остеопорозом

1 раз в год

периодичность определяется рекомендациями акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога

2 раза в год

1 раз в 2 года или по рекомендации акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога

+1 раз в год или по рекомендации акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога

16. Длительность диспансерного наблюдения при остеопорозе:

не менее 3 лет

5 лет

10 лет

в течение 5 лет после низкоэнергетического перелома

+пожизненно

17. Стабилизацией процесса в характере течения остеопороза выставляется в случае

отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при 2-3% положительной динамике минеральной плотности костной ткани

+отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при отсутствии динамики минеральной плотности костной ткани

отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при более чем 3% отрицательной динамике минеральной плотности костной ткани

отсутствия новых переломов в течение минимум 3 месяцев и отсутствия динамики минеральной плотности костной ткани

отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при нормализации показателей минеральной плотности костной ткани

18. Факторами риска остеопороза и переломов являются: А. предшествующие переломы; Б. пожилой возраст; В. низкая минеральная плотность кости; Г. женский пол; Д. мужской пол

верно А, Д

верно А, Б, В, Д

верно Г

верно А, Б, Г

+верно А, Б, В, Г

всё перечисленное верно

19. При возникновении перелома при минимальной травме: А. пациентов следует рассматривать как больных остеопорозом, даже если минеральная плотность кости не соответствуют критериям остеопороза; Б. таким пациентам возможно выставить диагноз остеопороза клинически без денситометрического исследования; В. это позволяет начать лечение остеопороза без учёта данных о минеральной плотности кости у этих пациентов; Г. этим пациентам следует немедленно выполнить DEXA для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения; Д. этим пациентам следует немедленно выполнить определение биохимических маркеров остеопороза для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения.

верно Б, Г, Д

верно А, В, Д

+верно А, Б, В

верно А, Г, Д

верно Б, В, Д

всё перечисленное верно

20. Препаратами первой линии для лечения остеопороза являются: А. стронция ранелат; Б. азотсодержащие бисфосфонаты; В. тирепаратид; Г. кальцитонин; Д активные метаболиты витамина D; Е. деносумаб.

верно В, Г, Д, Е.

верно А, В., Г, Е.

верно Б, Г, Д, Е.

+верно Б, В, Е

верно А, Г, Е.

всё перечисленное верно

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза остеопороза.

2. Провести диагностику остеопороза на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена.

4. Оценить результаты денситометрии.

5. Оценить результаты рентгенологического исследования костей.

6. Провести диагностику и дифференциальную диагностику остеопороза.

7. Провести стратификацию риска переломов у пациентов с остеопорозом.

8. Назначить лечение больному с остеопорозом.

9. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

11. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 13. Бронхиты, Хроническая обструктивная болезнь легких.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Хронический бронхит это:

+хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся не менее 2 месяцев в году в течение 2 лет подряд

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся одышкой, продолжающемся не менее 1 месяцев в году в течение 1 года

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся повышением температуры до 39

ничего из перечисленного

2. Факторами риска развития и обострения хронического бронхита могут быть:

наличие вредных привычек (курение),

воздействие физических и химических факторов (вдыхание пыли, дыма, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота и других химических соединений),

климатические факторы (сырой и холодный климат)

+все перечисленное верно

ничего из перечисленного

3. К основным жалобам при обострении хронического бронхита не относится:

начало хронического бронхита постепенное: утренний кашель с отделением слизистой мокроты, который постепенно начинает беспокоить в течение суток, усиливаясь в холодную и сырую погоду, с годами становится постоянным

мокрота слизистая, в периоды обострения – слизисто-гнойная или гнойная

+мокрота с прожилками крови

в периоды обострения появляется и прогрессирует одышка

в периоды обострения могут возникать озноб, субфебрильная температура;

4. Показанием для госпитализации не является

появление признаков дыхательной недостаточности;

наличие признаков пневмонии;

отсутствие эффекта от терапии, необходимость проведения дифференциальной диагностики;

обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.)

+субфебрилитет

5. Цели лечения при бронхитах:

ликвидация воспалительного процесса в бронхах

купирование симптомов дыхательной недостаточности

облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля

устранение симптомов интоксикации, улучшение самочувствия

+все перечисленное верно

6. Осложнениями хронического бронхита могут быть:

эмфизема легких.

кровохарканье.

дыхательная недостаточность

хроническое легочное сердце

+всё перечисленное верно

7. Лечение хронического бронхита в период ремиссии включает в себя:

устранение воздействия неблагоприятных факторов и отказ от курения

улучшение отхождения мокроты

лечение сопутствующих заболеваний

иммуномодуляторы, вакцинация против гриппа

+всё перечисленное верно

8. Этиотропное лечение хронического бронхита в период обострения включает в себя:

полусинтетические пенициллины

«защищённые» пенициллины

макролиды

респираторные фторхинолоны

+всё перечисленное верно

9. Этиотропное лечение хронического бронхита в период обострения не включает в себя:

«защищённые» пенициллины

макролиды

респираторные фторхинолоны

+тетрациклины

всё перечисленное не верно

10. При ХОБЛ отношение ОФВ1/ФЖЕЛ составляет

100%

< 100%

< 90%

< 80%

+< 70%

11. При ХОБЛ увеличение ОФВ1 после теста с бронходилататорами составляет:

12%

+< 12%

12%

15 %

25%

12. Оценку выраженности клинической симптоматики при ХОБЛ проводят помощью

+По шкале mMRC

По результатам спирометрии

По частоте обострений

Все перечисленное верно

Ничего из перечисленного

13. Для бронхитической формы ХОБЛ не характерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

14. Для эмфизематозной формы ХОБЛ нехарактерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

15. Пациенты категории В характеризуются:

Низкий риск, меньше симптомов

+Низкий риск, больше симптомов

Высокий риск, меньше симптомов

Высокий риск, меньше симптомов

Ничего из перечисленного

16. Преимуществом ингаляционного пути введения лекарственных препаратов не является:

Поступление лекарственного вещества непосредственно в пораженный орган;

Создание высокой концентрации препарата в дыхательных путях;

Немедленное наступление эффекта;

Минимум побочных эффектов

+Максимум побочных эффектов

17. Начальная тактика лекарственного лечения ХОБЛ у пациентов категории В является

КДАХЭ по потребности или КДБА по потребности

+ДДАХЭ или ДДБА

ИГКС, ДДБА и ДДАХЭ

ИГКС, ДДБА и ДДАХЭ

ДДАХЭ и ИФДЭ-4

18. К основным критериям обострения ХОБЛ не относится

Усиление одышки

Увеличение объема мокроты

Увеличение «гнойности» мокроты

+Инфекция ВДП в течение 5 последних дней

Ничего из перечисленного

19. К обострениям с риском инфицирования P.Aeruginosa не относится

Любой возраст,

ОФВ1<35% должного,

+Менее 2 обострений в год,

потребность в терапии ГКС,

Нередко бронхоэктазы

20. При обострениях ХБ реже 3 раз в год пациента наблюдает терапевт и пульмонолог с частотой:

+1 раз в год,

2 раза в год

3 раза в год

ничего из перечисленного

все перечисленное верно

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза хронического бронхита, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

2. Провести диагностику ХОБЛ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты функциональных проб (пробы с бронходилататорами).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

7. Оценить результаты эндоскопических методов исследования бронхолегочной системы.

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ХОБЛ.

9. Провести стратификацию риска у пациента с ХОБЛ.

10. Назначить лечение больному ХОБЛ.

11. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

13. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 14. Бронхиальная астма.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К внешним факторам риска, влияющим на развитие и проявление БА не относится

аллергены помещений

Инфекции (главным образом вирусные)

Профессиональные сенсибилизаторы

+Пол

Курение табака: пассивное и активное

2. Бронхиальная гиперреактивность это:

+Функциональное нарушение, характерное только для БА

Органическое нарушение, характерное только для БА

Функциональное нарушение, характерное не только для БА

Функциональное нарушение, характерное только для ХОБЛ

Функциональное нарушение, характерное только для саркоидоза

3. Клиническим проявлением БА не является

Эпизоды одышки

Свистящие хрипы

+Кашель в ночное время и утренние часы

Кашель в течение дня

Появление симптомов только после контакта с аллергенами

4. При БА увеличение ОФВ1 после теста с бронходилататорами составляет:

10%

< 12%

+≥12%

5 %

7,5%

5. Для контролируемой БА не характерно:

Дневные симптомы не чаще 2 раз в неделю

+Дневные симптомы чаще 2 раз в неделю

Отсутствие любых ночных пробуждения из-за БА

Потребность в препаратах скорой помощи не чаще 2 раз в неделю

Отсутствие любых ограничений активности

6. Для интермитирующей БА не характерно

Симптомы реже 1 раза в неделю

+Требуется ежедневный прием β2-агонистов короткого действия

Обострения кратковременные

Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц

Нет правильного ответа

7. Для персистирующей БА тяжелой степени не характерно

Симптомы ежедневно

+Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день

Частые обострения

Частые ночные симптомы БА

Ограничение физической активности

8. Легкая БА – это БА, которая хорошо контролируется с помощью терапии ступеней

1 ступени

2 ступени

+1,2 ступеней

3 ступени

4,5 ступеней

9. БА средней степени тяжести– это БА, которая хорошо контролируется с помощью терапии ступеней

1 ступени

2 ступени

1,2 ступеней

+3 ступени

4,5 ступеней

10. БА средней степени тяжести– это БА, которая хорошо контролируется с помощью терапии ступеней

1 ступени

2 ступени

1,2 ступеней

3 ступени

+4,5 ступеней

11. К клиническим симптомам бронхиальной астмы относится:

эпизоды одышки и заложенность в грудной клетке

кашель и свистящие хрипы

появление симптомов бронхиальной астмы после контакта с аллергенами

+всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

12. К клиническим симптомам бронхиальной астмы не относится:

эпизоды одышки и заложенность в грудной клетке

кашель и свистящие хрипы

+уменьшение симптомов бронхиальной астмы после контакта с аллергенами

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

13. При бронхиальной астме соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ обычно:

>0,80

0,75–0,80

<0,80

+<0,75

>0,75

14. При бронхиальной астме, в отличие от ХОБЛ:

+кашель и одышка приступообразные

кашель и одышка постоянные

кашель постоянный, одышка – приступообразная

кашель – приступами, одышка – постоянная

характер кашля и одышки не играют роли в дифференциальной диашгностике бронхиальной астмы и ХОБЛ

15. Для обострения бронхиальной астмы легкой степени тяжести не характерно:

Речь - целыми предложениями

+Одышка возникает в покое

Одышка экспираторная, ЧДД до 22 в мин

РаО2 >80 мм рт. ст.

SaO2>95%

16. Для обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести не характерно:

Речь - отдельными фразами

Одышка возникает при разговоре

Одышка экспираторная, ЧДД до 25 в мин

+РаО2 50-60 мм рт. ст.

SaO2 91-95%

17. Для обострения бронхиальной астмы тяжелой степени тяжести не характерно:

Речь - отдельными словами

Одышка возникает в покое

+Одышка экспираторная, ЧДД до 22 в мин

РаО2 50-60 мм рт. ст.

SaO2 <90%

18. При лечении обострения бронхиальной астмы на догоспитальном этапе препаратами первого ряда выбора являются

+β2-адреномиметики короткого действия

антихолинергические препараты короткого действия

теофиллин

глюкокортикостероиды

все перечисленное верно

19. При легком обострении и эффективности назначения ингаляций β2-агонистов (ПОС>80% должного или лучшего индивидуального значения) рекомендуется:

продолжить прием β2-агонистов в течение 1-2 суток

назначить противовоспалительные препараты

или увеличить вдвое объем получаемой ранее базисной терапии

+Все перечисленное верно

Ничего из перечисленного

20. При обострении средней тяжести показано:

осуществляют введение β2-адреномиметиков с помощью небулайзера трижды в течение первого часа, назначают системные ГКС, оксигенотерапию

При наличии положительной динамики через 1 час (ПСВ >70% должного, ответ на β2-агонисты сохранён) больной может быть оставлен дома

Дома пациент должен продолжать ингаляции β2-агонистов (через дозированный ингалятор со спейсером или небулайзер) и принимать системные ГКС в течение 7-14 дней

+Все перечисленное верно

Ничего из перечисленного

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза бронхиальной астмы (БА).

2. Провести диагностику БА на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты функциональных проб (пробы с бронходилататорами).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику БА.

8. Провести стратификацию риска у пациента с БА.

9. Назначить лечение больному БА.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 15. Пневмония.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

+Пневомкокк

Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

2. Возбудителем атипичной пневмонии является:

Пневомкокк

+Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

3. Укажите, почему не всегда возможно определение возбудителя пневмонии

Отсутствие мокроты

Неправильность забора материала

Погрешность в проведении микробиологического исследования

+Прием антибактериальных препаратов до обращения к врачу

Все перечисленное верно

4. Что соответствует затяжному течению пневмонии

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 4 недели

+Купирование клинических признаков пневмонии за 4 недели, при этом рентгенологические изменения могут сохраняться до 1-2 месяцев

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 2 недели

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 10 дней

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 5 – 7 дней

5. Что соответствует термину «Внебольничная пневмония»

+Острое заболевание, возникающее во внебольничных условиях, или вне стационара или позднее 4-х недель после выписки из него, либо диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/ отделениях длительного наблюдения ≥14 суток)

диагностированное с 3-их суток пребывания в стационаре

доказанная связь с фактом аспирации

все перечисленное верно

ничего из перечисленного

6. Ранняя нозокомиальная пневмония это

+пневмония, возникающая на 3, 4 день госпитализации, для которой характерны возбудители, чувствительные к традиционно используемым АБ

пневмония, развивающаяся не ранее 5-го дня после госпитализации, которая характеризуется высоким риском наличия полирезистентных бактерий и менее благоприятным прогнозом

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

верно a, c, d

7. Поздняя нозокомиальная пневмония это

пневмония, возникающая в течение первых 5 дней с момента госпитализации, для которой характерны возбудители, чувствительные к традиционно используемым АБ

+пневмония, развивающаяся не ранее 5-го дня после госпитализации, которая характеризуется высоким риском наличия полирезистентных бактерий и менее благоприятным прогнозом

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

верно a, c, d

8. Для улучшения прогноза пациента с пневмонией антибактериальная терапии должна быть начата

В первые 2 часа с момента установления диагноза

+В первые 4 часа с момента установления диагноза

В первые 24 часа с момента установления диагноза

В первые 48 часа с момента установления диагноза

Время назначения антибактериальной терапии значения для улучшения прогноза не имеет

9. Шкала CURB-65, используемая для оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при внебольничной пневмонии, предполагает оценку

20 клинико-лабораторных показателей

10 клинико-лабораторных показателей

+5 клинико-лабораторных показателей

4 клинико-лабораторных показателей

4 клинических показателей

10. Шкала CRB-65, используемая для оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при внебольничной пневмонии, предполагает оценку

20 клинико-лабораторных показателей

10 клинико-лабораторных показателей

5 клинико-лабораторных показателей

+4 клинико-лабораторных показателей

4 клинических показателей

11. К антибактериальным препаратам с бактерицидным механизмом действия относятся все перечисленные кроме:

пенициллины

цефалоспорины

+макролиды

карбапенемы

ничего из перечисленного

12. К «большим» критериям тяжелой внебольничной пневмонии не относится

ЧДД >30/мин

Мультилобарная инфильтрация

Нарушение сознания

Уремия (остаточный азот мочевины ≥ 20 мг/дл)

+Ничего из перечисленного

13. К факторам риска затяжного течения не относится:

+возраст младше 45 лет;

алкоголизм;

наличие сопутствующих инвалидизирующих заболеваний внутренних органов (ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, почечная недостаточность, злокачественные новообразования, сахарный диабет и др.)

тяжелое течение ВП

мультилобарная инфильтрация

14. После перенесенной пневмонии для выявления осложнений на начальной стадии их развития врач должен проводить обследование пациента с частотой:

ежемесячно

+1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

ничего из перечисленного

все перечисленное верно

15. Крепитация характерна для:

эмфиземы легких;

абсцесса легких;

+ крупозной пневмонии;

бронхиальной астмы;

застоя крови в малом круге кровообращения.

16. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

притуплённый тимпанит;

коробочный;

тимпанический;

+тупой;

металлический.

17. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1.легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

**+если правильный ответ 3;**

если правильный ответ 1,2,3 и 4;

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

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза пневмонии.

2. Провести диагностику пневмонии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

6. Оценить результаты эндоскопических методов исследования бронхолегочной системы.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику пневмонии.

8. Провести стратификацию риска у пациента с пневмонией.

9. Назначить лечение больному пневмонией.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 16. Нагноительные заболевания легких.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Под абсцессом легкого понимают

+Патологический процесс, характеризующийся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от непораженных участков пиогенной капсулой.

Патологический процесс, представляющий собой бурно прогрессирующий и не склонный к отграничению от жизнеспособной легочной ткани гнойно- гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомической структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

Хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное, заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов (бронхоэктазами), сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы, цирроза в паренхиме легкого.

Заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

Верных ответов нет

2. Под бронхоэктатической болезнью понимают:

Патологический процесс, характеризующийся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от непораженных участков пиогенной капсулой.

Патологический процесс, представляющий собой бурно прогрессирующий и не склонный к отграничению от жизнеспособной легочной ткани гнойно- гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомической структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

+Хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное, заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы, цирроза в паренхиме легкого.

Заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

Верных ответов нет

3. 1 тип абсцедирования характеризуется:

+поначалу благоприятной динамикой пневмонического процесса, после чего вновь возникает ухудшение состояния, повышение температуры, усиление болей в грудной клетке с последующим выделением гнойной мокроты. Абсцесс при этом формируется через 12-20 дней после начала пневмонии;

симптомами затянувшейся пневмонии и безуспешностью проводимого лечения: температура тела держится на высоких цифрах, постепенно появляется и увеличивается количество гнойной мокроты. Формирование легочного гнойника происходит в течение 20-30 дней от начала пневмонии;

быстротой развития гнойно-деструктивного процесса в легком, когда у больных уже с первых дней заболевания отмечается выделение гнойной, нередко зловонной мокроты, не характерной для типичной пневмонии. Данный тип свойственен аспирационному механизму, преобладающему в патогенезе гангрены легких.

возможно всё из перечисленного

Ничего из перечисленного

4. 2 тип абсцедирования характеризуется:

поначалу благоприятной динамикой пневмонического процесса, после чего вновь возникает ухудшение состояния, повышение температуры, усиление болей в грудной клетке с последующим выделением гнойной мокроты. Абсцесс при этом формируется через 12-20 дней после начала пневмонии;

+симптомами затянувшейся пневмонии и безуспешностью проводимого лечения: температура тела держится на высоких цифрах, постепенно появляется и увеличивается количество гнойной мокроты. Формирование легочного гнойника происходит в течение 20-30 дней от начала пневмонии;

быстротой развития гнойно-деструктивного процесса в легком, когда у больных уже с первых дней заболевания отмечается выделение гнойной, нередко зловонной мокроты, не характерной для типичной пневмонии. Данный тип свойственен аспирационному механизму, преобладающему в патогенезе гангрены легких.

возможно всё из перечисленного

Ничего из перечисленного

5. 3 тип абсцедирования характеризуется:

поначалу благоприятной динамикой пневмонического процесса, после чего вновь возникает ухудшение состояния, повышение температуры, усиление болей в грудной клетке с последующим выделением гнойной мокроты. Абсцесс при этом формируется через 12-20 дней после начала пневмонии;

симптомами затянувшейся пневмонии и безуспешностью проводимого лечения: температура тела держится на высоких цифрах, постепенно появляется и увеличивается количество гнойной мокроты. Формирование легочного гнойника происходит в течение 20-30 дней от начала пневмонии;

+быстротой развития гнойно-деструктивного процесса в легком, когда у больных уже с первых дней заболевания отмечается выделение гнойной, нередко зловонной мокроты, не характерной для типичной пневмонии. Данный тип свойственен аспирационному механизму, преобладающему в патогенезе гангрены легких.

возможно всё из перечисленного

Ничего из перечисленного

6. Абсцесс без секвестрации это

+Гнойно-некротическое воспаление легкого с бактериальным и(или) аутолитическим протеолизом некроза, характеризующееся образованием одиночной (или множественной) ограниченной полости в легочной ткани с четкой демаркацией от жизнеспособной легочной ткани и гнойным содержимым.

Некроз участка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с пристеночными или свободно лежащими тканевыми секвестрами.

Заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

возможно всё из перечисленного

Ничего из перечисленного

7. Абсцесс с секвестрацией это

Гнойно-некротическое воспаление легкого с бактериальным и(или) аутолитическим протеолизом некроза, характеризующееся образованием одиночной (или множественной) ограниченной полости в легочной ткани с четкой демаркацией от жизнеспособной легочной ткани и гнойным содержимым.

+Некроз участка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с пристеночными или свободно лежащими тканевыми секвестрами.

Заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

возможно всё из перечисленного

Ничего из перечисленного

8. Нагноительные заболевания легких прежде всего дифференцируют:

Инфильтративный туберкулез легких в стадии распада

Инфильтративный туберкулез легких в стадии каверны

Полостная форма периферического рака

+Все перечисленное верно

Ничего из перечисленного

9. К исходам абсцедирования относится:

Клиническое выздоровление

Хронический абсцесс

Летальный исход

+Все перечисленное верно

Ничего из перечисленного не верно

10. Сроки временной нетрудоспособности при остром абсцессе и гангрене легкого могут достигать

+2-4 месяцев

4-6 месяцев

6-12 месяцев

3-5 месяцев

7-9 месяцев

11. Усиление голосового дрожания типично для:

гидроторакса;

+абсцесса легкого в стадии полости;

закрытого пневмоторакса;

эмфиземы легких;

бронхиальной астмы.

12. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при: 1.гангрене легкого; 2.бронхоэктазах; 3.абсцессе легкого; 4.крупозной пневмонии; 5.раке легкого.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

13. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1.абсцессе легкого; 2.раке легкого в стадии распада; 3.туберкулезе легкого; 4.хроническом бронхите; 5.крупозной пневмонии.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

14. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи: 1. количества; 2. эластичности;   
3. вязкости; 4. температуры тела.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

15. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

+спирографии, пневмотахографии;

бронхоскопии;

исследования газов крови;

рентгенография легких;

ангиопульмонографии.

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

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

17. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшения ее откашливания способствует: 1. обильное питье; 2. прием мукалтина; 3. ингаляции щелочных растворов; 4. назначение антибиотика.

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

19. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы: 1. нарушение бронхиального дренажа; 2. гноеродная инфекция и неспорообразующие анаэробы; 3. образование противолегочных антител;   
4. стафилококк и стрептококк.

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

20. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно: 1. при ранении легкого; 2. по лимфатическим сосудам; 3. по кровеносным сосудам; 4. по бронхам.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

**+если правильный ответ 4;**

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза нагноительного заболевания легких (НЗЛ).

2. Провести диагностику НЗЛ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

6. Оценить результаты эндоскопических методов исследования бронхолегочной системы.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику НЗЛ.

8. Определить тактику ведения пациента с НЗЛ.

9. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

11. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 17. Болезни плевры.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Плевра состоит:

Из одного листка

+Из двух листков

Из трех листков

Из четырех листков

Нет правильного ответа

2. Очень частые причины плевральных транссудатов

Левожелудочковая недостаточность

Цирроз печени

Гипоальбуминемия

+Все перечисленное верно

Нет правильного ответа

3. Частые причины плевральных экссудатов

Синдром желтых ногтей

Лекарства

Грибковые инфекции

Все перечисленное верно (А, Б, В)

+Нет правильного ответа

4. Транссудат это:

Прозрачная желтоватого цвета жидкость

с относительной плотностью менее 1,015

с содержанием белка менее 20 г/л.

+Все перечисленное верно

Нет правильного ответа

5. Критериями экссудата являются:

величина отношения содержания белка в плевральной жидкости к содержанию его в сыворотке крови превышает 0,5;

величина отношения уровня ЛДГ в плевральной полости к ее уровню в сыворотке крови превышает 0,6;

уровень ЛДГ в плевральной жидкости превышает 2/3 величины верхней границы нормального уровня в сыворотке крови.

+Все перечисленное верно (А, Б, В)

Нет правильного ответа

6. К основным патогенетическими причинам плевритов не относится:

Воспаление и нарушение крово- и лимфообращения;

Снижение коллоидно-осмотического давления плазмы крови;

Опухолевое поражение плевры;

Нарушение целостности плевральных листков

+Повышение коллоидно-осмотического давления плазмы крови

7. Основной причиной гнилостного запаха плевральной жидкости является:

+Анаэробная эмпиема

Разрыв пищевода

Холеторакс(билиарная фистула)

Хилоторакс / псевдохилоторакс

Разрыв амебного абсцесса

8. Если в плевральной жидкости определяются частицы пищи, то наиболее вероятной причиной плеврита является:

Анаэробная эмпиема

+Разрыв пищевода

Холеторакс(билиарная фистула)

Хилоторакс / псевдохилоторакс

Разрыв амебного абсцесса

9. Если плевральная жидкость содержит примесь желчи, то наиболее вероятной причиной плеврита является:

Анаэробная эмпиема

Разрыв пищевода

+Холеторакс(билиарная фистула)

Хилоторакс / псевдохилоторакс

Разрыв амебного абсцесса

10. Если плевральная жидкость молочного цвета, то наиболее вероятной причиной плеврита является:

Анаэробная эмпиема

Разрыв пищевода

Холеторакс(билиарная фистула)

+Хилоторакс / псевдохилоторакс

Разрыв амебного абсцесса

11. Наибольшее значение в формировании диагностического симптомокомплекса туберкулёзного плеврита имеют:

возраст больного до 40 лет;

регрессия экссудата с характерной рентгенологической картиной;

отсутствие клинических признаков других заболеваний

+Все перечисленное верно (А, Б, В)

Нет правильного ответа

12. Ослабление голосового дрожания характерно для:

бронхоэктазов;

+ экссудативного плеврита;

абсцесса легкого в стадии полости;

очаговой пневмонии;

крупозной пневмонии.

13. Плевритом может осложниться:

бронхит

бронхиальная астма

+туберкулез

эмфизема легких

все ответы верные

14. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при:

бронхите

бронхиальной астме

бронхоэктатической болезни

+сухом плеврите

все ответы верные

15. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для:

бронхита

бронхиальной астмы

+сухого плеврита

экссудативного плеврита

все ответы верные

16. Экссудативным плевритом может осложниться:

бронхиальная астма

бронхит

+туберкулез

эмфизема

все ответы верные

17. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при:

бронхите

пневмонии

сухом плеврите

+экссудативном плеврите

все ответы верные

18. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при:

бронхиальной астме

крупозной пневмонии

хроническом бронхите

+экссудативном плеврите

бронхоэктатической болезни

19. Место прокола при плевральной пункции:

+по верхнему краю ребра

по нижнему краю ребра

не имеет значения

строго в середине межреберья

по краю грудины

20. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите:

полость с горизонтальным уровнем жидкости

повышенная прозрачность легких

+гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону

гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в больную сторону

не определяется

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза плеврита.

2. Провести диагностику заболевания плевры на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических методов, биохимического анализа крови, анализов мокроты, исследования плевральной жидкости, в т.ч. бактериологического и на атипические клетки.

4. Оценить результаты ультразвукового исследования плевры.

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ) органов грудной клетки.

6. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний плевры.

7. Определить показания для плевральной пункции и продемонстрировать технику ее выполнения.

8. Определить тактику ведения пациента с заболеваниями плевры.

9. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

11. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 18. Саркоидоз.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Что характерно для синдрома Лёфгрена:

вариант острого/подострого течения саркоидоза

проявляется внутригрудной лимфаденопатией

+проявляется узловатой эритемой

проявляется суставным синдромом и лихорадкой

все перечисленное верно

2. Синдром Хеерфордта-Вальденстрёма:

вариант острого/подострого течения саркоидоза

проявляется увеитом

+проявляется паротитом

проявляется лихорадкой

все перечисленное верно

3. Что не характерно для саркоидной реакции:

образование в различных органах и тканях локализованных групп эпителиоидно-клеточных неказеифицирующихся гранулём саркоидного типа в ответ на инородные тела (экзогенные факторы) различного происхождения (например, импланты)

развивается при применении препаратов интерферона,

развивается перифокально при злокачественных опухолях

развивается припаразитарных заболеваниях

+Отличается от саркоидоза генерализованным поражением.

4. Клинико-рентгенологическими формами саркоидоза являются:

саркоидоз ВГЛУ

саркоидоз ВГЛУ и лёгких

саркоидоз лёгких

также саркоидоз органов дыхания, комбинированный с единичным поражением других органов, генерализованный и экстраторакальный саркоидоз

+все перечисленное верно

5. К осложнениям саркоидоза относят:

стенозы бронхов

ателектазы

лёгочную и лёгочно- сердечную недостаточность

+все перечисленное верно

ничего из перечисленного

6. Исходом саркоидоза не является:

+Бронхиальная астма

Пневмосклероз

эмфизему лёгких, в т.ч. буллезную

фиброзные изменения корней

все перечисленное верно

7. Одышка может иметь различные причины:

Лёгочного генеза

Центрального генеза

Метаболического генеза

сердечного генеза

+все перечисленное верно

8. Что не характерно для кашля при саркоидозе?

Кашель при саркоидозе обычно сухой

+Кашель с мокротой с прожилками крови

При увеличении внутригрудных лимфатических узлов он может быть обусловлен синдромом сдавления либо раздражением нервных окончаний, реже – следствием саркоидоза бронхов

В то же время на поздних стадиях кашель является следствием обширных интерстициальных изменений в лёгких и относительно редко — следствием поражения плевры

Вследствие сдавления и деформации бронхов, тракционных бронхоэктазов (при стадии IV) кашель может отражать присоединение неспецифического воспалительного процесса.

9. Критериями определения III группы инвалидности служат:

умеренные клинико-рентгенологические изменения в органах

дыхания в виде пневмосклероза и фиброза

дыхательная недостаточность I и II степени, если в работе этих больных по основной профессии имеются противопоказанные факторы, а рекомендуемое трудоустройство сопровождается значительным снижением квалификации и уменьшением объема произ водственной деятельности

ограничение возможности трудового устройства лиц низкой

+все перечисленное верно

ничего из перечисленного

10. Критерием определения II группы инвалидности не является:

+умеренные клинико-рентгенологические изменения в органах

дыхания в виде пневмосклероза и фиброза

формирование лёгочного сердца;

дыхательная недостаточность II степени

генерализация саркоидоза с вовлечением сердца, глаз, нервной системы плохо поддающаяся эффективному лечению

потеря профессии и квалификации в результате длительного течения заболевания.

11. Критерием определения I группы инвалидности не является:

значительные необратимые клинико-рентгенологические изменения в органах дыхания (IV стадия заболевания с выраженными морфологическими и значительными функциональными изменениями в органах дыхания)

лёгочное сердце в фазе декомпенсации

+дыхательная недостаточность II степени

генерализованный процесс с вовлечением сердца, глаз, нервной системы, почек не поддающаяся эффективному лечению

хроническое или прогрессирующее рецидивирующее течение саркоидоза с кортикостероидной зависимостью.

12. К благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе не относят:

+Наличие внелёгочных поражений

отсутствие нарушений вентиляционной и диффузионной функции легких

отсутствие применения СКС в анамнезе

эффективность начального курса невысоких доз СКС

ремиссия более трёх лет (спонтанная или после лечения).

13. К неблагоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относят:

наличие кашля и одышки при выявлении

наличие поражения нескольких органов и систем с клиническими признаками

длительный субфебрилитет

прогрессирование процесса

+Все перечисленное верно

14. Пациенты с неактивным саркоидозом (остаточные изменения после клинико-рентгенологического излечения или стабилизации саркоидного процесса) переводятся в группу ДН:

I

+II

III

ничего из перечисленного

все перечисленное верно

15. Пациенты с саркоидозом при наличии осложнений (дыхательная недостаточность и лёгочное сердце) они наблюдаются по группе ДН:

I

II

+III

ничего из перечисленного

все перечисленное верно

16. Саркоидоз наиболее часто наблюдается:

у детей и подростков;

в пожилом возрасте;

в старческом возрасте;

+ в возрасте 20-50;

у женщин в климактерическом периоде.

17. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

+эпителиоидные клетки и гиганские клетки типа Пирогова-Лангханса;

клетки Березовского-Штернберга;

гистиоциты;

макрофаги;

эозинофилы.

18. Клинически саркоидоз может протекать: 1.бессимптомно; 2. малосимптомно; 3. с признаками интоксикации, кашлем, одышкой; 4. с частыми рецидивами.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

19. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:

одышкой, кашлем, лихорадкой;

+лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией;

одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;

лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;

одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

20. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс: 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости; 2. печень, почки, селезенка, сердце; 3. слюнные железы, глаза; 4. центральная и периферическая нервная система.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза саркоидоза.

2. Провести диагностику саркоидоза на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических методов, биохимического анализа крови, анализов мокроты.

4. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

5. Оценить результаты эндоскопического исследования бронхолегочной системы.

6. Оценить результаты исследования биопсийного материала.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику саркоидоза.

8. Определить тактику ведения пациента с саркоидозом.

9. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

11. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 19. Болезни пищевода, желудка и 12-перстной кишки.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Нарушение сфинктерно-клапанной функции кардии может быть связано:

с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

+с интeнсивным непрерывным кислотообразованием

с развитием гастродуоденального стеноза

с операциями на желудке и двенадцатиперстной кишке

2. Для оценки функции нижнего пищеводного сфинктера не используются:

данные клиники

внутрижелудочная рН-метрия

+фракционноe исследование желудочной секреции

рентгенологическое исследование

эндоскопия

3. Эзофагогастродуоденоскопия не позволяет:

оценить состояние кардиального сфинктера и привратника

дать разностороннюю оценку язвенного дефекта и его локализации

оценить состояние слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

+опрeделить степень тяжести дуоденогастрального рефлюкса

провести электрометрическое исследование базального кислотообразования

4. Для коррекции симптомов ГЭРБ используются:

прокинетики

антациды

ингибиторы протонной помпы

фундопликация по Ниссену

+всe названные методы лечения

5. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта наиболее часто даёт клинику стенокардии:

+ГЭРБ

острый панкреатит

язвенная болезнь желудка

хронический колит

всё перечисленное не верно

6. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

+дисфагию

боли за грудиной и в спине

кашель при приеме пищи

похудание.

всё перечисленное верно

7. Выберете не верное утверждение:

Хронический гастрит несёт информацию о морфологических процессах в слизистой оболочке желудка с позиций их значения как предраковых изменений

Диагноз хронический гастрит не имеет клинического эквивалента, само заболевание чаще протекает бессимптомно

+Хронические воспалительные изменения слизистой оболочки желудка являются частой причиной появления диспепсических жалоб

Диагноз хронического гастрита не может помочь в выборе терапии для устранения диспепсических жалоб

Хронический гастрит и функциональная диспепсия должны комбинироваться при постановке общего диагноза

8. Классификация OLGA используется для:

оценки наличия и выраженности кишечной метаплазии в теле и антральном отделе желудка

+оценки наличия и выраженности атрофии в теле и антральном отделе желудка

оценки наличия и выраженности воспалительных изменений в теле и антральном отделе желудка

оценки наличия и выраженности обсеменённости Helicobacter pylori в теле и антральном отделе желудка

всё перечисленное не верно

9. Критерием постпрандиального дистресс-синдрома является:

боль или жжение в подложечной области средней или высокой интенсивности не реже 1 раза в неделю

дефекация или отхождение газов не приносят облегчения

+чувство быстрого насыщения, которое не даёт возможности завершить приём пищи, возникающее не реже нескольких раз в неделю

отсутствие признаков дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди

всё перечисленное верно

10. Критерием синдрома боли в эпигастральной области не является:

боль или жжение в подложечной области средней или высокой интенсивности не реже 1 раза в неделю

дефекация или отхождение газов не приносят облегчения

+чувство быстрого насыщения, которое не даёт возможности завершить приём пищи, возникающее не реже нескольких раз в неделю

отсутствие признаков дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди

всё перечисленное не верно

11. Метод диагностики Helicobacter pillory который не должен применяться с целью контроля эрадикации:

эндоскопический уреазный тест

дыхательный уреазный тест

морфологический метод

+серологический метод определения антител к Helicobacter pilory

определение антигена Helicobacter pillory в кале

12. Основная группа препаратов для лечения постпрандиального дистресс-синдрома:

ингибиторы протонной помпы

блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов

+прокинетики

спазмолитики

антациды

13. Основная группа препаратов для лечения синдрома боли в эпигастральной области:

+ингибиторы протонной помпы

блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов

прокинетики

спазмолитики

антациды

14. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки отличается:

более упорным, нежели желудка, течением

преимущественным развитием у женщин

сниженной моторикой желудка

меньшей распространенностью, по сравнению с язвенной болезнью желудка

+повышeнным тонусом блуждающих нервов

15. Для язвенной болезни желудка характерно:

+прeимущественное развитие в старшей возрастной группе

преобладание наследственной предрасположенности к развитию заболевания

отсутствие обратной диффузии водородных ионов в слизистой желудка

преобладание больных с возбудимым типом желудочной секреции

резкое нарушением ощелачивающей функции антрального отдела

16. Из перечисленных выше этиологических факторов язвенной болезни с наибольшей достоверностью установлено значение:

+H. pylori

гeнетического фактора

алиментарного воздействия

вредных привычек

нервно-психических влияний

лекарственных веществ

17. Из представленных выше положений невреным является утверждение, что:

развитие язвы связано с кислотно-пептическим фактором

в основе образования язвы лежит нарушение трофики

язвы образуются в местах контакта слизистой оболочки с соляной кислотой

+при утратe желудком способности к кислотообразованию язвы не образуются

Hеliсоbaсtеr pylоry является одной из основных причин развития язвы

18. Сохранность слизистой оболочки гастродуоденальной зоны обеспечивается всем, кроме:

антрального кислотного тормоза

дуоденального кислотного тормоза

высокой регенераторной потенцией слизистой оболочки

+жeлчных кислот дуоденального секрета

защитного слизистого барьера

19. К факторам, защищающим гастродуоденальную зону относят всё, кроме:

щелочной секреции желудка

+рeфлюкса в желудок щелочного дуоденального секрета

щадящей диеты

нормальной гастродуоденальной моторики

хорошего кровоснабжения гастродуоденальной зоны

20 Для болевого синдрома при дуоденальной язвы не характерно:

дневной ритм

связь с приемом пищи

+раннeе (спустя 15-30 минут) появление после еды

ночные боли

голодные боли

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза болезней пищевода, желудка и 12-персной кишки.

2. Провести диагностику заболеваний на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, иммунологических исследований, анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования желудочно-кишечного тракта.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Оценить результаты исследования на диагностику Helicobacter pillory.

8. Определить показания для проведения биопсии.

9. Оценить результаты исследования биоптатов.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний пищевода, желудка и 12-персной кишки.

11. Назначить лечение в зависимости от нозологической патологии.

12. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

13. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

14. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 20. Заболевания кишечника.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. При болезни Крона чаще поражается:

пищевод

желудок

+подвздошная кишка

аппендикс

прямая кишка

2. У больного 26 лет в течение 2 лет приступообразные боли в правой подвздошной области, понос с примесью крови, узловатая эритема, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. Наиболее вероятный диагноз:

+болезнь Крона (терминальный илеит)

хронический аппендицит

неспецифический язвенный колит

болезнь Уиппла

целиакия

3. У больного 26 лет в течение 2 лет приступообразные боли в правой подвздошной области, понос с примесью крови, узловатая эритема, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. Наиболее необходимое диагностическое исследование:

рентгенологическое исследование толстой кишки

+колонофиброскопия с прицельной биопсией

лапароскопия

копрологическое исследование

бактериологическое исследование кала

4. В патогенетическом лечении болезни Крона используют:

диету

витаминотерапию

+стероидные гормоны

нитрофураны

пробиотики

5. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:

слизистой оболочке

+подслизистом слое

мышечном слое

субсерозном слое

серозном слое

6. Наиболее характерными патоморфологическими аспектами регионарного илеита (болезни Крона) являются: 1. гранулемы 2. вовлечение в процесс всех слоев кишки 3. глубокие язвенные дефекты 4. вовлечение в процесс только слизистой оболочки 5. поверхностные эрозии Выбрать правильный ответ по схеме:

+если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 2

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3,4 и 5

7. К внекишечным признакам регионарного илеита относятся: 1. гепатит 2. иридоциклит 3. узловатая эритема 4. полиартрит 5. эзофагит Выбрать правильный ответ по схеме:

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 2

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3,4 и 5

8. При рентгеновском исследовании кишечника подтвердить диагноз болезни Крона позволяют следующие изменения: 1. неравномерное сужение просвета кишки с четкими границами поражения 2. утолщение складок слизистой оболочки 3. картина булыжной мостовой 4. Псевдодивертикулы 5. участки сужения просвета кишки Выбрать правильный ответ по схеме:

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 2

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3,4 и 5

9. Назовите симптомы клинической картины болезни Крона: а) диспепсические расстройства; б) боль в животе; в) повышение температуры; г) наличие инфильтрата при пальпации живота; д) наличие свищей; е) напряжение мышц переднем брюшной стенки.

+а, б, в, д

б, в, г, д

в, г, д, е

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

10. Укажите методы лечения при болезни Крона: а) диета; б) стероидные гормоны; в) препараты сульфасалазинозого ряда; г) рентгенотерапия; д) иммунодепрессанты; е) парентеральное питание; ж) гемосорбция

а, б, ж

+б, в, д

б, в, г, д

б, в, д, е

всё перечисленное верно

11. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. толстокишечные варианты болезни Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. Спазмолитиком, наиболее показанном при синдроме раздражённого кишечника является: 1. дицетел; 2. дротаверин; 3. бускопан; 4. платифиллин.

+если правильный ответ 1;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. Нормализации деятельности кишечника при диареи способствуют следующие пищевые продукты: 1. картофель; 2. плоды черемухи; 3. грецкие орехи; 4. черника.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

+если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют:

мыльную стеаторею;

йодофильную флору;

+отсутствие элементов воспаления;

большое количество лейкоцитов;

мышечные волокна без исчерченности.

17. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить:

семя льна;

+пшеничные отруби;

сок капусты;

чернику;

морковь.

18. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано с: 1. прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином; 2. беременностью; 3. нарушением диеты; 4. интеркуррентной инфекцией.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются: 1. кишечные кровотечения; 2. боли в животе; 3. поносы; 4. перианальные абсцессы.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

увеличение диаметра кишки;

множественные гаустрации;

картина "булыжной мостовой";

мешковидные выпячивания по контуру кишки;

+изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза заболеваний кишечника.

2. Провести диагностику заболеваний кишечника на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, иммунологических исследований, анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования желудочно-кишечного тракта.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Определить показания для проведения биопсии.

8. Оценить результаты исследования биоптатов.

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний кишечника.

10. Назначить лечение в зависимости от нозологической патологии.

11. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

13. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 21. Заболевания печени и желчевыводящих путей.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Жировая дистрофия печени не может быть вызвана

вирусным гепатитом

беременностью

сахарным диабетом

+лечением кортикостероидами

голоданием

этанолом

2. Снижение синтетической функции печени проявляется

гипоальбуминемией

гипопротромбинемией

гипохолестеринемией

+всем перечисленным

правильного ответа нет

3. Зуд при желтухе связан

с билирубином

+с солями желчных кислот

с лецитином

с фосфолипидами

с щелочной фосфатазой

4. Щелочная фосфатаза может быть повышена при заболеваниях

печени

костей

почек

плаценты

+всех вышеуказанных

5. Печень в обмене липидов выполняет следующие функции

синтезирует желчь

синтезирует жирные кислоты из углеводов

синтезирует холестерин

синтезирует липопротеины

+все перечисленное

6. Цитолитический синдром при патологии печени характеризуется повышением в крови

+трансаминаз

сывороточного железа

неконъюгированной фракции билирубина

холестерина

фибриногена

7. Холестатический синдром характеризуется повышением в крови всего перечисленного, кроме

щелочной фосфатазы

+неконъюгированной фракции билирубина

холестерина

желчных кислот

8. Переход хронического гепатита в цирроз печени характеризует

варикозное расширение вен пищевода

спленомегалия

желтуха

гипоальбуминемия

+правильные ответы а) и б)

9. Для жировой дистрофии печени характерен симптомокомплекс

желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин

желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза

желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

+гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы

желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

10. Цирроз печени чаще всего является следствием

гемохроматоза

+вирусного гепатита

болезни Коновалова - Вильсона

длительного холестаза

недостаточности кровообращения

11. У больных асцитом парацентез показан

для диагностических целей

для компенсации дыхательных расстройств

для быстрого лечения асцита

ни для одной из перечисленных

+для всего перечисленного

12. У больного с желтухой определяется билирубин в моче и светлый кал. Это совместимо с диагнозом

гемолитическая желтуха

внутрипеченочный холестаз

подпеченочный холестаз

все вышеуказанное

+правильные ответы б) и в)

13. Алкоголь, всосавшийся в кишечнике

накапливается в печени

депонируется в жировой ткани

превращается печенью до ацетальдегида

+метаболизируется в печени под влиянием ферментов до конечных продуктов с образованием энергии

превращается в жир

14. Ферментом, метаболизирующим алкоголь в организме, является

алкоголь-редуктаза

алкоголь-оксидаза

+алкоголь-дегидрогеназа

алкоголь-синтетаза

глюкозо-6-фосфатаза

15 Главным местом метаболизма алкоголя в организме является

жировая ткань

почки

+печень

мозг

желудочно-кишечный тракт

16. Алкоголь вызывает

жировую дистрофию печени

острый гепатит

хронический гепатит

цирроз печени

+все перечисленное

17. При алкогольном циррозе печени адекватным лечением является назначение

преднизолона

азатиоприна

+липоевой кислоты

все перечисленное

ничего из перечисленного

18. Для медикаментозного гепатита характерны следующие признаки

проявления не связаны с количеством принятого медикамента

тяжесть не связана с количеством принятого препарата

часто сопровождается другими признаками гиперчувстви-тельности

начало не связано с длительностью терапии

+все перечисленное

19. Для билиарного типа I дисфункции сфинктера Одди не характерно:

наличие типичных приступов болей билиарного типа

расширение общего желчного протока более 12 мм

задержка выведения контрастного вещества при ЭРХПГ более, чем на 45 минут

+повышение уровня липазы или амилазы в два раза выше нормы (двукратно или более)

2-х или более кратное превышение уровней трансаминаз или щелочной фосфатазы (двукратно или более)

20. Для панкреатического типа I дисфункции сфинктера Одди характерно:

наличие типичных приступов болей билиарного типа

расширение общего желчного протока более 12 мм

задержка выведения контрастного вещества при ЭРХПГ более, чем на 45 минут

+повышение уровня липазы или амилазы в два раза выше нормы (двукратно или более)

2-х или более кратное превышение уровней трансаминаз или щелочной фосфатазы (двукратно или более)

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза заболеваний печени и желчевыводящих путей.

2. Провести диагностику заболеваний гепатобиллиарной системы на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, иммунологических исследований, анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования печени и желчевыводящих путей.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Определить показания для проведения биопсии.

8. Оценить результаты исследования биоптатов.

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний печени и желчевыводящих путей.

10. Назначить лечение в зависимости от нозологической патологии.

11. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

13. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 22. Панкреатиты.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. альфа-амилазу секретируют

околоушные слюнные железы

поджелудочная железа

кишечник

правильные ответы а) и б)

+все перечисленное

2. Активность липазы в сыворотке крови повышается

при остром панкреатите

при обострении хронического панкреатита

при язвенной болезни

при перитоните

+правильные ответы а) и б)

3. Ингибиторы трипсина повышаются в сыворотке крови

при сепсисе

при обострении хронического панкреатита

при панкреонекрозе

при перитоните

+правильные ответы б) и в)

4. При наличии сахара в моче (5%) оптическая плотность мочи может быть

1001

1005

1010

1018

+1033

5. Увеличение активности амилазы в моче наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

острого панкреатита

обострения хронического панкреатита

панкреонекроза

перитонита

+цирроза печени

6. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна

для механической желтухи

для паренхиматозной желтухи

для хронических панкреатитов

правильные ответы а) и б)

+для всего перечисленного

7. Основной экскреторной функцией поджелудочной железы является

инсулин-продуцирующая

глюкагон-продуцирующая

соматостатин-продуцирующая

липокаин-фактор-продуцирующая

+правильного ответа нет

8. Наиболее информативными методами в диагностике патологии поджелудочной железы являются

рентгенологический метод

ультразвуковой метод исследования

компьютерная томография

правильные ответы а) и в)

+правильные ответы б) и в)

9. К возможным причинам развития кист в поджелудочной железе относятся

травма брюшной полости

ранее перенесенный острый панкреатит

хроническая интоксикация

гипертоническая болезнь

+правильные ответы а) и б)

10. Значительное увеличение сывороточной амилазы может указывать

на кишечную непроходимость

+на острый панкреатит

на пневмонию

на рак поджелудочной железы

на сахарный диабет

11. Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют

соматостатин

гастрин

секретин

холецистокинин

+правильные ответы в) и г)

12. Для нормального липолиза в 12-перстной кишке необходимо присутствие всех перечисленных факторов, кроме

липазы

+кислого рН

желчи

щелочного рН

13. Наиболее простым методом для первичного обследования больного с подозрением на патологию поджелудочной железы является

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

+ультразвуковой метод исследования

лапароскопия

компьютерная томография

биопсия поджелудочной железы

14. Наиболее сильный ингибитор панкреатической секреции:

фамотидин

атропин

омепразол

апротинин (контрикал)

+соматостатин

15. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют

болевую

хронический рецидивирующий панкреатит

безболевую

псевдоопухолевую (гиперпластическую)

+все перечисленное

16. В консервативную терапию хронического панкреатита входят

диета

кортикостероиды

полиферментные препараты

глюкагон

+правильные ответы а) и в)

17. Характерными клиническими чертами хронического панкреатита являются

развитие сахарного диабета

+недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)

желтуха

повышение аминотрансфераз

гепатомегалия

18. Для ремиссии хронического панкреатита характерны все перечисленные симптомы, кроме

+болей

диспепсических расстройств при нарушении режима питания

повышенной утомляемости

потери массы тела

сниженной толерантности к алкоголю

19. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные медикаментозные препараты, кроме

соляной кислоты

гстрина

гистамина

+промедола

панкреозимина

20. Симптомами рака головки поджелудочной железы являются:

боли в животе

потеря аппетита

потеря веса

желтуха

+все перечисленное

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза заболеваний поджелудочной железы.

2. Провести диагностику панкреатитов на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования желудочно-кишечного тракта.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний поджелудочной железы.

8. Назначить лечение в зависимости от нозологической патологии.

9. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

11. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 23. Паразитарные заболевания желудочно-кишечного тракта.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Симптоматикой, характерной для большинства гельминтозов являются:

+эозинофилия, кожные сыпи, субфебрилитет

эозинофильно-базофильная ассоциация и субфебрилитет

эозинофилия

нейтрофильный лейкоцитоз, кожные сыпи, субфебрилитет

всё перечисленное не верно

2. Источник инвазии токсокарами для человека:

+собаки

кошки

грызуны

человек

всё перечисленное верно

3. Факторы передачи токсокароза:

загрязнённая яйцами токсокар почва,

загрязнённая яйцами токсокар шерсть животных,

загрязненные яйцами токсокар продукты питания и вода,

загрязнённые яйцами токсокар руки

+всё перечисленное верно

4. Основные симптомы висцерального токсокароза:

рецидивирующая лихорадка,

лёгочный синдром,

гепатомегалия,

лимфаденопатия,

эозинофилия

+всё перечисленное верно

5. Мероприятия по профилактике токсокароза направлены на:

источник инвазии

факторы передачи

поведение человека

+всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

6. Возбудитель токсокароза у человека:

+Toxocara canis

Toxocara mystax

Toxocara cati

Toxoplasma gondii

всё перечисленное верно

7. Основные нарушения ранней фазы при описторхозе:

+интоксикация и местные реакции в местах миграции личинок (печень, двенадцатиперстная кишка, желчные пути, поджелудочная железа).

аллергический гепатит, холестаз и аллергический холангит

цирроз печени;

холангиоцеллюлярная карцинома

всё перечисленное верно

8. Основные клинические проявления поздней (хронической) фазы при описторхозе:

интоксикация

местные реакции в местах миграции личинок (печень, двенадцатиперстная кишка, желчные пути, поджелудочная железа).

+аллергический гепатит, холестаз, аллергический холангит, цирроз печени;

лёгочный синдром

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

9. При описторхозе в наибольшей степени повышен риск возникновения:

+холангиоцеллюлярной карциномы

гепатоцеллюлярной карциномы

злокачественной опухоли желчного пузыря

рака желудка

всё перечисленное верно

10. Диагноз описторхоза подтверждают:

+обнаружением в дуоденальном содержимом или фекалиях яиц гельминтов (не ранее чем через 4 недели после заражения).

высокими титрами антител к описторхозу (более1:800)

обнаружением яиц описторха в желчи

обнаружение яиц описторха в кале

всё перечисленное верно

11. Основной препарат этиотропной терапии описторхоза:

+празиквантель

альбендазол

мебендазол

тиобендазол

все перечисленные средства

12. Тактика терапевта при выявлении гельминтоза заключается в:

назначении этиотропной терапии

госпитализации пациента в гастроэнтерологическое отделение стационара

направлении пациента к гастроэнтерологу

+направлении пациента к паразитологу

всё перечисленное не верно

13. В России возбудителем описторхоза наиболее часто является:

+Opisthorchis felineus

Opisthorchis viverrini

Clonorchis sinensis

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

14. Заражение человека описторхозом происходит при:

+употреблении в пищу недостаточно термически обработанной инвазированной рыбы и икры

употребления в пищу мяса хищных животных, поедавших инвазированную личинками описторхов рыбу

от человека к человеку фекально-оральным путём

от больных животных фекально-оральным путём

все перечисленные варианты возможны

15. В клинической картине лямблиоза могут быть: 1. диарея; 2. тошнота, изжога; 3. боли в животе; 4. слабость, раздражительность.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. Для лечения лямблиоза применяются: 1. цефалоспорины ; 2. альбендазол; 3. фуразолидон; 4. тинидазол.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 2, 3 и 4.

17. При ультразвуковом исследовании пациента в правой доле печени обнаружено образование округлой формы с четкими контурами размером 3х5 см. Из перечисленных гельминтозов наиболее вероятно это:

описторхоз;

фасциолез;

шистосомоз кишечный;

+экинококкоз;

трихоцефалез.

18. К методам диагностики гельминтоза в острой фазе относятся:

+серологические;

паразитологические;

биологические;

аллергологические;

инструментальные.

19. Эозинофилия периферической крови наблюдается при: 1. токсокарозе; 2. фасциолезе; 3. стронгилоидозе; 4. трихинеллезе.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20.. Ведущим симптомом при энтеробиозе является:

рвота и тошнота;

субфебрильная температура;

жидкий стул;

+зуд в перианальной области;

боли в животе.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления паразитарного поражения желудочно-кишечного тракта.

2. Провести диагностику заболеваний на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологических и серологических методов, биохимического анализа крови и анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования желудочно-кишечного тракта.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику паразитарных заболеваний поджелудочной железы.

8. Определить тактику ведения в зависимости от нозологической патологии.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 24. Пиелонефрит и инфекция мочевыводящих путей.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Рецидивирующей инфекцией мочевых путей называют:

возникновение более 2 эпизодов инфекции в течение 6 мес

возникновение более 3 эпизодов инфекции в течение 1 года

+возникновение более 2 эпизодов инфекции в течение 6 мес или 3 в течение 1 года

ежегодное обострение инфекционного заболевания мочевыводящих путей

анамнез заболевания пиелонефритом более 1 года

2. Лечение бессимптомной бактериурии показано:

у мужчин

у женщин

у пожилых

у детей

+у беременных

3. В этиологии инфекции мочевыводящих путей наиболее часто встречается:

+E.coli

Enterococci

Klebsiella spp.

Enterobacter spp.

S.auerus

4. Признаком бактериальной инфекции мочевыводящих путей является количество лейкоцитов в пробе Нечипоренко более:

1000

2000

3000

+4000

5000

5. По данным УЗИ почек признаками пиелонефрита могут быть:

неоднородность паренхимы

уплотнение стенок чашечно-лоханочной системы

деформация, расширение чашечно-лоханочной системы

+все перечисленное

ничего из перечисленного

6. Заболевания с клиникой учащенного мочеиспускания, не относящиеся к инфекциям мочевых путей:

атрофический вагинит

заболевания передаваемые половым путем, вызванные хламидиями, гонококками

кандидозный вагинит

трихомонадный вагинит

+все перечисленное

7. Неосложненная инфекция мочевых путей определяются как:

эпизод острой инфекции нижних мочевых путей

эпизод острой инфекции верхних мочевых путей

эпизод острой инфекции нижних или верхних мочевых путей

эпизод острой инфекции нижних или верхних мочевых путей у пациентов в отсутствии нарушения оттока мочи из почек

+эпизод острой инфекции нижних или верхних мочевых путей у пациентов в отсутствии нарушения оттока мочи из почек и мочевого пузыря

8. К формам неосложненной инфекции мочевых путей относятся:

острый цистит и уретрит у женщин до наступления менопаузы

острый неосложненный пиелонефрит у небеременных

инфекция мочевыводящих путей у женщин в постменопаузе

+все перечисленное

ничего из перечисленного

9. Бессимптомная бактериурия может защищать от:

+суперинфекции вирулентными уропатогенами

вирусных заболеваний

грибковых заболеваний

паразитарных заболеваний

неинфекционных заболеваний

10. Осложненная инфекция мочевыводящих путей возникает при:

наличии остаточной мочи в мочевом пузыре >100 мл

пузырно-мочеточниковый рефлюксе

сахарном диабете

иммунодефицитных состояниях

+все перечисленное верно

11. Факторы риска уросепсиса:

нарушение пассажа мочи

беременность

пожилой возраст

сахарный диабет

+все перечисленное

12. Односторонние боли и поясничной области характерны для:

острого гломерулонефрита;

острого цистита;

+ острого пиелонефрита;

амилоидоза почек;

хронического гломерулонефрита.

13. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

употреблением преимущественно белковой пищи;

значительной лейкоцитурией и бактериурией;

+употреблением преимущественно растительной пищи;

употреблением большого количества соли;

употреблением большого количества сахара.

14. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

+пиелонефрите;

гломерулонефрите;

амилоидозе;

нефролитиазе;

поликистозе.

15. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

хронического нефрита;

пиелонефрита;

+сахарного диабета;

несахарного диабета;

сморщенной почки.

16. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

+полусинтетические пенициллины;

тетрациклин;

бисептол;

фурагин;

фторхинолоны.

17. Нефроптоз может осложниться: 1. пиелонефритом; 2. форникальным кровотечением; 3. артериальной гипертензией; 4. нарушением венозного оттока.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

острый гломерулонефрит;

острый пиелонефрит;

+обострение хронического гломерулонефрита;

апостематозный нефрит;

амилоидоз почек.

20. Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

+острого гломерулонефрита;

пиелонефрита;

почечно-каменной болезни;

цистита;

амилоидоза почек.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза пиелонефрита.

2. Провести диагностику пиелонефрита на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Оценить результатов проб Нечипоренко, Зимницкого, провокационных тестов, микробиологического исследования мочи.

5. Оценить функциональную способность почек по расчету СКФ и другим параметрам.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования мочевыделительной системы.

7. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (урография).

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику пиелонефритов.

9. Назначить лечение больному пиелонефритом в зависимости от стадии заболевания.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 25. Нефриты и нефропатии.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Гломеролнефриты определяются как:

+группа морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа морфологически однородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков

2. В клиника остронефритического синдрома:

отеки

олигоурия

повышение АД

протеинурия

+все перечисленное

3. В общем анализе мочи при остронефритическом синдроме может быть все, за исключением:

протеинурия

гематурия

цилиндрурия

лейкоцитурия

+бактериурия

4. Наиболее верный подход в патогенетической терапии нефрита основан на:

анализах мочи

анализах крови

скорости клубочковой фильтрации

ультразвуковой картине почек

+морфологической картине почечного биоптата

5. Клинические признаки активности нефрита:

нарастание протеинурии

нарастание гематурии

резкое повышение АД

падение почечных функций с нарастанием азотемии в короткое время

+все перечисленное

6. 4-х компонентная схема лечения нефрита:

норэпинефрин, цитостатики, аспирин, дипиридамол

глюкокортикоиды, цитостатики, гепарин, аспирин

глюкокортикоиды, препараты золота, гепарин, дипиридамол

цитостатики, L-тироксин, гепарин, дипиридамол

+глюкокортикоиды, цитостатики, гепарин, дипиридамол

7. Острый постстрептококковый гломерулонефрит по морфологической картине

+острый диффузный пролиферативный гломерулонефрит

хронический диффузный пролиферативный гломерулонефрит

острый очаговый пролиферативный гломерулонефрит

хронический очаговый пролиферативный гломерулонефрит

все перечисленное верно

8. Острый постстрептококковый гломерулонефрит наиболее часто встречается:

у новорожденных

+у детей

у взрослых

у пожилых

у беременных

9. Острый постстрептококковый гломерулонефрит встречается после инфекций, вызванных:

+нефритогенными штаммами стрептококка группы А

кишечной палочкой

золотистым стафилококком

эпидермальным стафилококком

все перечисленное верно

10. Длительность латентного периода острого постстрептококкового гломерулонефрита после фарингита:

1-2 дня

+1-3 недели

1-3 месяца

3-6 месяцев

6-12 месяцев

11. Отеки при остром постстрептококковом гломерулонефрите у взрослых чаще наблюдаются:

генерализованные

+на лице и лодыжках

на ногах

на верхней половине туловища

в поясничной области

12. В дифференциальной диагностике острого постстрептококкового гломерулонефрита от других форм нефрита играет значение:

степень гематурии

степень протеинурии

степень повышения АД

выраженность отечного синдрома

+документальное подтверждение предшествующей стрептококковой инфекции

13. Наиболее частая причина хронического тубулоинтерстициального нефрита:

+хроническое лекарственное воздействие

бактериальное воздействие

мочекаменная болезнь

длительное токсическое воздействие

неясного генеза

14. Лекарства, способные вызвать интерстициальный нефрит:

НПВС, анальгетики

антибиотики

диуретики

антисекреторные препараты

+все перечисленное

15. Клиническая картина хронического тубулоинтерстициального нефрита состоит из синдромов:

гипертензивного

мочевого

почечной дисфункции

+всех перечисленных

ничего из перечисленного

16. Нефротический синдром сопровождается:

протеинурией

гипоальбуминемией

отеками

гиперлипидемией

+все перечисленное верно

17. Основными причинами нефротического синдрома являются:

сахарный диабет

гломерулонефрит

амилоидоз

системные заболевания соединительной ткани

+все перечисленное верно

18. Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

+острого гломерулонефрита;

пиелонефрита;

почечно-каменной болезни;

цистита;

нефроптоза.

19. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

соблюдать строгую диету с исключением соли;

ограничить физическую активность;

+исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);

ограничить употребление белковой пищи;

ограничить употребление растительной пищи.

20. Определение активности хронического гломерулонефрита необходимо для:

+назначения патогенетической терапии;

оценки прогноза заболевания;

установления клинической формы заболевания;

оценки функционального состояния почек;

назначения антибактериальной терапии.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для диагностики нефрита и нефропатии.

2. Провести диагностику почечной патологии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Оценить результатов проб Нечипоренко, Зимницкого, провокационных.

5. Оценить функциональную способность почек по расчету СКФ и другим параметрам.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования мочевыделительной системы.

7. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (урография).

8. Определить показания для проведения биопсии почек.

9. Оценить результаты исследования почечных биоптатов.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику нефритов и нефропатий.

11. Определить тактику ведения пациента с нефритом.

12. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

13. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

14. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 26. Хроническая болезнь почек, почечная недостаточность.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Под хронической болезнью почек подразумевается:

наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 3-х недель вне зависимости от нозологического диагноза

наличие почечных маркеров в течение 1 месяца

+наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 3-х или более месяцев вне зависимости от нозологического диагноза

наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 6 месяцев

наличие любых почечных маркеров в течение 1 года

2. Всего стадий хронической болезни почек:

1

2

3

4

+5

3. При пятой стадии хронической болезни почек (терминальная почечная недостаточность) СКФ

более 90

60-89

30-59

15-29

+менее 15

4. К маркерам почечного повреждения относятся:

высокая и очень высокая альбуминурия, протеинурия

изменение мочевого осадка (гематурия, лейкоцитурия)

признаки дисфункции почечных канальцев (стойкая депрессия удельного веса мочи, глюкозурия и др.)

структурные изменения почек по данным лучевых методов исследования

+все перечисленное верно

5. К развитию хронической болезни почек приводят:

сахарный диабет

артериальная гипертония

хронический гломерулонефрит

токсические нефропатии

+все перечисленное верно

6. Самые частые причины терминальной почечной недостаточности:

сахарный диабет

артериальная гипертония

хронический гломерулонефрит

+все перечисленное

ничего из перечисленного

7. Подозрения на наличие хронической болезни почек при наличии признаков:

низкий удельный вес мочи

полиурия и никтурия

артериальная гипертония

анемия неясного происхождения

+всех перечисленных

8. Для оценки функции почек определяется:

креатинин плазма крови

скорость клубочковой фильтрации

клиренс креатинина

цистатин С

+все перечисленное

9. Фактор, увеличивающий концентрацию креатинина в сыворотке:

вегетарианство

+потребление мяса

возраст

женский пол

все перечисленные

10. Ингибиторы АПФ противопоказаны при

+гиперкалиемии

гипергликемии

гипокалиемии

гипомагниемии

гиперхлоремии

11. Наиболее значимые методы профилактики и лечения хронической болезни почек должны обладать эффектом:

ренопротективным

кардиопротективным

гепатопротективным

рено- и гепатопротективным

+рено- и кардиопротективным

12. У пациентов с хронической болезнью почек и артериальной гипертензией препаратами первой линии являются:

бета-блокаторы

антагонисты кальция

тиазидные диуретики

+ингибиторы АПФ

препараты центрального действия

13. Основная цель диспансерного наблюдения больного нефрологического профиля:

стабилизация АД

коррекция анемия

+профилактика развития ХБП и замедление ее прогрессирования

коррекция липидных нарушений

уменьшение протеинурии

14. Создание регистра больных ХБП способствует:

повышению квалификации врачей по вопросам нефропротекции

оптимизации диспансерного наблюдения

своевременности подготовки и направления больных на заместительную почечную терапию

+всему перечисленному

ничему из перечисленного

15. Малобелковой считают диету с суточным содержанием белка:

1,5 г/кг

1,0 г/кг

0,8 г/кг

+0,6 г/кг

0,4 г/кг

16. Направлению на заместительную почечную терапию подлежат пациенты со следующей стадией ХБП

1

2

3

4

+5

17. При ХБП необходима коррекция следующих метаболических нарушений:

белково–аминокислотных

липидных

фосфорно–кальциевых

+всех перечисленных

ни одного из перечисленных

18. С клинико–экономических позиций наиболее эффективным методом заместительной почечной терапии является:

гемодиализ

перитониальный диализ

+нефротрансплантация

все перечисленное

ни один из перечисленных

19. Среди перечисленных препаратов доказанным нефропротективным действием обладает:

анаприлин

фуросемид

+периндоприл

тонокардан

амикацин

20. Среди перечисленных препаратов доказанным нефропротективным действием обладает:

бисопролол

гидрохлоротиазид

+ирбесартан

торасемид

фуросемид

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Определить факторы риска развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) и оптимальные пути профилактики.

2. Назначить план обследования для диагностики ХБП.

3. Провести диагностику почечной патологии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

4. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

5. Оценить результатов проб Нечипоренко, Зимницкого.

6. Оценить функциональную способность почек по расчету СКФ и другим параметрам.

7. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования мочевыделительной системы.

8. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (урография).

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ХБП.

10. Определить тактику ведения пациента с ХБП.

11. Определить показания для проведения заместительной терапии функции почек.

12. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

13. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

14. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 27. Анемии.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Тип анемии при В12-дефицитной анемии:

гипохромная

+гиперхромная

нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

2. Тип анемии при хронической железодефицитной анемии:

+гипохромная

гиперхромная

нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

3. Тип анемии при аутоиммунной гемолитической анемии:

гипохромная

гиперхромная

+нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

4. Основное количество железа в организме человека всасывается в:

желудке;

нисходящем отделе ободочной кишки

двенадцатиперстной и тощей кишках

+в подвздошной кишке

в слепой кишке

5. Состояние запаса железа отражает:

железо сыворотки крови

коэффициент насыщения трансферрина

+содержание ферритина в плазме крови

количество эритроцитов

количество гемоглобина

6. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

резекцией желудка

+большим количеством детей (родов)

нефрэктомией

гипосекреторным гастритом

оральной контрацепцией

7. Высокое содержание железа в сыворотке крови наблюдается преимущественно при:

аутоммунной гемолитической анемии

+сидеробластной анемии

пароксизмальной ночной гемоглобинурии

серповидноклеточной анемии

гиперспленизме

8. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

желтуха

+серая кайма на дёснах

кровь в кале

почечная колика

гепатомегалия

9. Исследование для подтверждения диагноза апластической анемии:

проба Кумбса

стернальная пункция

+трепанобиопсия подвздошной кости

УЗИ селезенки

биопсия лимфоузла

10. Анемия при хронических воспалительных заболеваниях печени обусловлена:

дефицитом фолиевой кислоты

+перераспределительным дефицита железа и дефицитом фолиевой кислоты

дефицитом железа

гиперспленизмом

дефицитом меди

11. Анемия при хронической почечной недостаточности обусловлена:

дефицитом железа

аутоиммунным конфликтом

+нарушением синтеза эритропоэтина

высоким потреблением железа

гиперспленизмом

12. Наиболее часто развитием хронической железодефицитной анемии сопровождается рак:

легкого

молочной железы

+желудочно–кишечного тракта

любой локализации

нет правильного ответа

13. Назовите генез анемии при ревматоидном артрите:

истинный дефицит железа

+функциональный дефицит железа

поражение костного мозга

ятрогенный

неизвестный

14. Ярко–красный язык нередко наблюдается при:

амилоидозе

тромбоцитопении

+мегалобластной анемии

множественной миеломе

дефиците железа

15. Типичной ошибкой при определении содержания железа в сыворотке крови являются:

использование дважды перегнанной воды

+выполнение исследования в период лечения препаратами железа

осуществление исследования спустя неделю после последнего приёма препаратов железа

все ответы правильные

нет правильного ответа

16. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся к:

своевременному переливанию цельной крови

+ликвидации причины железодефицита и назначению препаратов железа с восполнением депо запасов

назначению препаратов железа

увеличению потребления фруктов

17. Для лечения дефицита железа следует назначить:

препараты железа в сочетании с витаминами группы В внутримышечно

регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой

+препараты железа внутрь на длительный срок

препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год

регулярное потребление фруктов

18. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:

гиперволемия

многоплодная беременность

несовместимость с мужем по системе АВО

+имевшийся ранее латентный дефицит железа

токсикоз

19. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться:

+алкоголизм и недоедание

кровопотери

табакокурение

цирроз печени

хронический гепатит

20. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

+принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребёнка грудью

включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь

перелить эритроцитарную массу перед родами

увеличить потребление круп

ждать родоразрешения, после чего назначить препараты железа

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза анемии.

2. Провести диагностику анемии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологического исследования, биохимического анализа крови.

4. Установить клинико-гематологический синдром дефицита железа.

5. Установить клинико-гематологический синдром гемолиза эритроцитов.

6. Оценить результаты ультразвукового исследования внутренних органов.

7. Определить показания для проведения стернальной пункции или трепанобиопсии подвздошной кости.

8. Оценить результаты исследования биоптатов костного мозга.

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику анемий.

10. Назначить лечение больному анемией в зависимости от нозологической формы заболевания.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 28. Гемобластозы.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Этиологическими факторами лейкозов являются:

онковирусы

онковирусы, химические канцерогены

онковирусы, радиация

радиация, химические канцерогены

+онковирусы, химические канцерогены, радиация

2. Изменения в периферической крови, характерные для развёрнутой стадии острого лейкоза:

сдвиг лейкоформулы влево

+резкий сдвиг формулы влево и лейкемический провал

резкий сдвиг формулы вправо и резкий лейкемоидный провал

выраженный лейкемоидный провал

резкий сдвиг формулы вправо

3. При остром лейкозе увеличение показателя лейко/эритро в костном мозге связано с:

увеличением числа бластов белого ряда

уменьшением клеток красного ряда

+увеличением числа бластов белого ряда, уменьшением числа клеток красного ряда

нормальным количеством клеток белого ряда

нормальным количеством клеток красного ряда

4. Развитие анемии на ранних стадиях острого лейкоза связано с:

+угнетением эритроидного ростка ингибиторами лейкозных клеток

дефицитом железа

дефицитом витамина В12

гемолизом эритроцитов

гиперспленизмом

5. Кровоточивость на ранних стадиях острого лейкоза связана с:

активацией фибринолитической системы

дефицитом факторов свёртывания

увеличением активности противосвёртывающих факторов

+угнетением мегакариоцитарного ростка

тромобоцитопенией потребления

6. Варианты дебютов клинической манифестации острых лейкозов:

геморрагические проявления

стертое начало

острое начало

+всё перечисленное

нет верного ответа

7. Возможные клинические варианты проявлений поражения органов и тканей при гемобластозах

нейролейкемия

спленомегалия

лейкемиды

лимфаденопатия

+всё перечисленное

8. Причины полицитемий (эритроцитозов):

гипоксия

гипоксия, стрессы

гипоксия, стрессы, сгущение крови

+гипоксия, стрессы, сгущение крови, мутагены стволовых клеток КОЕэ

не известны

9. Механизм абсолютных эритроцитозов связан с:

усилением выработки эритропоэтина

активацией симпатоадреналовой системы

мутацией стволовых клеток (типа КОЕэ)

+усилением выработки и мутацией стволовых клеток (КОЕэ)

приемом диуретиков

10. Механизм относительных эритроцитозов связан с:

усилением выработки эритропоэтина, активацией симпатоадреналовой системы

+обезвоживанием организма

мутацией стволовых клеток (типа КОЕэ)

усилением выработки эритропоэтина и мутацией стволовых клеток (КОЕэ)

со всем перечисленным

11. К неспецифическим симптомам острых лейкозов относятся все, кроме:

лихорадка, снижение аппетита

снижение массы тела, потливость

рецидивирующие ЛОР–инфекции, герпес

болевой синдром - оссалгия, артаралгия, миалгия

+гиперплазия дёсен

12. Самое частое клиническое проявление множественной миеломы:

+разрушение костей

почечная недостаточность

анемия

инфекция

кровоточивость

13. Особенности патогенеза хронического лейкоза:

+большая часть мутантных бластных клеток дифференцируется, отсутствует «лейкемоидный провал»

мутантные бластные клетки плохо дифференцируются

характерен «лейкемоидный провал»

наличие хромосомных аберраций в миелоцитах

мутантные клетки плохо дифференцируются, имеется «лейкемоидный провал»

14. Причина лейкемоидных реакций:

+тяжёлое течение инфекционного заболевания

черепно–мозговая травма

эритромиелоз

аритмия

все перечисленное

15. Охарактеризуйте понятие «лейкемоидная реакция»:

состояния, характеризующиеся только изменениями в периферической крови, сходные с лейкозами

изменения только в гемопоэтической ткани, сходные с лейкозами

+состояния, характеризующиеся изменениями в органах гемопоэза, в периферической крови и в организме в целом, сходные с лейкозами

гипертермия на инфекционный агент

лейкоцитоз при воспалительном заболевании

16. Что укладывается в диагноз хронического лимфолейкоза:

выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы

+диффузная лимфаденопатия

базофильно-эозинофильная ассоциация

тромбоцитоз

правильного ответа нет

17. Лучевая терапия в лечении выраженного синдрома лимфаденопатии показана при:

туберкулезе

чуме

+лимфоме Ходжкина

инфекционном мононуклеозе

туляремии

18. Заболевания, для которых не характерен синдром лимфаденопатии:

СПИД

лимфолейкоз

+язвенная болезнь

чума

все ответы правильные

19. Основные показания к биопсии при лимфоаденопатии следующие:

высокая вероятность опухоли по клиническим данным

не объяснимая лимфоаденопатия после выполнения всех неинвазивных исследований, если диагноз не установлен,

персистирующая лимфаденопатия

+все ответы верные

нет правильного ответа

20. Физиотерапия при лимфаденопатии применяется в случае:

при лимфаденопатии неясного генеза

+в стадии реконвалесценции после гнойных лимфаденитов

во всех случаях лимфаденопатии

физиотерапия противопоказана

по желанию больного

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза гемобластозов.

2. Провести диагностику гемобластоза на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологического исследования, биохимического анализа крови.

4. Установить клинико-гематологические синдромы при гемобластозах.

5. Оценить результаты ультразвукового исследования внутренних органов и лимфатической системы.

6. Определить показания для проведения стернальной пункции или трепанобиопсии подвздошной кости.

7. Оценить результаты исследования биоптатов костного мозга.

8. Определить показания для проведения биопсии лимфатических узлов.

9. Оценить результаты исследования биоптатов лимфоузлов.

10. Провести дифференциальную диагностику гемобластозов и лейкемоидных реакций.

11. Определить принципы ведения пациента с гемобластозами.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 29. Депрессии кроветворения.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К депрессиям кроветворения относят:

цитостатическая болезнь

агранулоцитоз

нейтропении

апластические анемии

+верно всё перечисленное

2. Показания к анализу костного мозга:

лейкопении

тромбоцитопении

анемии неустановленного генеза

панцитопении

верно всё перечисленное

3. Заболевание со снижением продукции клеток в костном мозге:

аутоиммунная гемолитическая анемия

иммунная тромбоцитопения

портальная гипертензия

малярия

+апластическая анемия

4. Заболевание при котором, вероятнее всего, патогенетический механизм обусловлен разрушением:

апластическая анемия

дефицит витамина В12

острый лейкоз

множественная миелома

+системная красная волчанка

5. Исследование, которое следует назначить, чтобы подтвердить диагноз апластическая анемия:

проба Кумбса

стернальная пункция

+трепанобиопсия подвздошной кости

определение уровня витамина В12

определение уровня сывороточного железа, ферритина

6. У больного, 20 лет, внезапно развилась выраженная панцитопения, пальпируется увеличенная селезёнка, имеются явления гипертрофического гингивита. Предположительный диагноз:

апластическая анемия

дефицит витамина В12

+острый лейкоз

миелокарциноз

острая постгеморрагическая анемия

7. Агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

+быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 0,75 x109/л

быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 1,0 x109/л

резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 20 x109/л

быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже 0,05 x109/л

снижением гемоглобина менее 90 г/л

8. Нехимиотерапевтические препараты (группы), при назначении которых риск развития агранулоцитоза особенно высок:

сульфосалазин

антитиреоидные препараты

тиклопидин

соли золота

сулфаметаксозол+триметоприм (бисептол)

+верно всё перечисленное

9. Отличительные особенности инфекционного процесса у больных в состоянии лейкопении:

скоротечность

отсутствие нагноения, локальных проявлений при инфекции мягких тканей

выраженная общая интоксикация

при пневмонии, перитоните стёртая клиническая картина

+верно всё перечисленное

10. Депрессии кроветворения это:

+группа заболеваний и состояний кроветворения с уменьшением количества клеток гемопоэза в костном мозге и/или в периферической крови

группа заболеваний и состояний кроветворения с уменьшением количества клеток гемопоэза в костном мозге

группа заболеваний и состояний кроветворения с уменьшением количества клеток гемопоэза в периферической крови

группа заболеваний с агранулоцитозом

группа заболеваний со снижением эритроцитов

11. Для апластической анемии характерны синдромы:

анемический

геморрагический

инфекционных осложнений

+все перечисленные

нет верного ответа

12. Геморрагический синдром при апластической анемии связан с:

гипофибриногенемией

+тромбоцитопенией

тромбоцитопатией

синдромом ДВС

нарушением фибринолиза

13. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются: 1.g-радиация;

2.а- и Ь-лучи; 3.антиметаболиты; 4.глюкокортикостероиды.

если правильны ответы 1, 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

14. К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся: 1.флебиты; 2.пневмонии; 3.грибковый сепсис; 4.милиарный туберкулез.

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. У больного апластической анемией: 1.печень и селезенка не увеличены; 2.печень и селезенка увеличены; 3.лимфоузлы не пальпируются; 4.лимфатические узлы увеличены.

если правильны ответы 1, 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. Небольшую цитопению могут вызвать:

сульфаниламиды

+мерказолил

миорелаксанты

антибиотики

мочегонные

17. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

+быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 0,7г10^9/Л

быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 1,0г10^9/л

резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 20г10^9/л

резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 5г10^9/л

быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже 0,05г10^9/л

18. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются: 1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов; 2. появление иммунных комплексов и реагинов в крови; 3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма; 4. вирусная инфекция.

если правильны ответы 1,2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2,3 и 4

19. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает: 1. слабость; 2. лихорадку; 3. инфекционный процесс; 4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа.

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2,3 и 4

20. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования: 1. лимфографию; 2. стернадьную пункцию; 3. компьютерную томографию; 4. трепанобиопсию.

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2,3 и 4

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для диагностики состояний, характеризующихся депрессией кроветворения (ДК).

2. Провести диагностику диагностики состояний, характеризующихся депрессией кроветворения на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологического исследования, биохимического анализа крови.

4. Установить клинико-гематологические синдромы при ДК.

5. Оценить результаты ультразвукового исследования внутренних органов и лимфатической системы.

6. Определить показания для проведения стернальной пункции или трепанобиопсии подвздошной кости.

7. Оценить результаты исследования биоптатов костного мозга.

8. Провести дифференциальную диагностику состояний, характеризующихся депрессией кроветворения.

9. Определить принципы ведения пациента с ДК.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 30. Геморрагические диатезы.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Для гематомного типа кровоточивости характерно:

+кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы

петехии и экхимозы на коже

кровоизлияния на коже или слизистых с воспалительным валиком

телеангиэктазы, ангиомы

все перечисленное верно

2. Для петехиального типа кровоточивости характерно:

кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы

+петехии и экхимозы на коже

кровоизлияния на коже или слизистых с воспалительным валиком

телеангиэктазы, ангиомы

все перечисленное верно

3. Для васкулитно-пурпурного типа кровоточивости характерно:

кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы

петехии и экхимозы на коже

+кровоизлияния на коже или слизистых с воспалительным валиком

телеангиэктазы, ангиомы

все перечисленное верно

4. Для микроангиоматозного типа кровоточивости характерно:

кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы

петехии и экхимозы на коже

кровоизлияния на коже или слизистых с воспалительным валиком

+телеангиэктазы, ангиомы

все перечисленное верно

5. Гематомный тип кровоточивости характерен для:

+гемофилии

тромбоцитопатии

тромбоцитопении

васкулита

все перечисленное верно

6. Петехиальный тип кровоточивости характерен для:

гемофилии А

гемофилии В

+тромбоцитопении

болезни Виллебранда

наследственной тромбофилии

7. Тестом оценки сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза является:

время свертывания крови

+длительность кровотечения

фибриноген

активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время

протромбиновый индекс

8. Тестом оценки плазменного звена гемостаза является:

+время свертывания крови

длительность кровотечения

количество тромбоцитов

резистентность сосудистой стенки (проба жгута, щипка)

агрегация тромбоцитов

9. Пусковыми факторами идиопатической тромбоцитопенической пурпуры могут быть:

вирусные инфекции

беременность

стресс

хирургические манипуляции

+все перечисленное

10. Безопасным считается уровень тромбоцитов более:

10 000

20 000

+30 000 – 50 000

100 000

150 000

11. В экстренных ситуациях, при кровотечениях и кровоизлияниях в жизненно важные органы, больным с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой показано:

+введение глюкокортикостероидов и иммуноглобулина

переливание плазмы

переливание цельной крови

введение цитостатиков

введение антибиотиков

12. Спленэктомия проводится при:

гемофилии

наследственной тромбофилии

+идиопатической тромбоцитопенической пурпуре

все ответы верные

нет правильного ответа

13. У больной с тромбоцитопенической кровоточивостью переливание тромбоцитов не показано при:

идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении;

тромботической тромбоцитопенической пурпуре;

посттрансфузионной тромбоцитопенической пурпуре;

гепаринзависимой тромбоцитопении;

+все ответы верные.

14. Переливание концентрата тромбоцитов считается эффективным если:

наблюдается прирост количества тромбоцитов у реципиента через час после трансфузии и сохраняется в течение суток;

прекращается спонтанная кровоточивость;

отсутствуют свежие геморрагии;

уменьшается длительность кровотечения;

+все ответы верные.

15. Клинические проявления ДВС-синдрома: 1.геморрагический синдром ангиоматозного типа; 2.геморрагический синдром гематомно-петехиального типа; 3.геморрагический синдром петехиально-синячкового типа; 4.признаки тромбозов.

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется: 1.признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза; 2.гипертромбоцитозом; 3.тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена; 4.отсутствием ристомипин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина.

если правильны ответы 1, 2 и З

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

17. В лечении ДВС-синдрома используются: 1.аминокапроновая кислота и варфарин/фенилин; 2.свежезамороженная плазма; 3.стрептокиназа; 4.гепарин.

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

18. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к:

рациональному применению антибиотиков при септических состояниях;

снижению травматичности оперативных вмешательств;

предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;

рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антцкоагулянтами;

+все ответы верные.

19. Геморрагическому васкулиту (болезни Щенлейна-Геноха) свойственно: 1. развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3.упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом- Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

если правильны ответы 1, 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2,3 и 4

20. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1.терапия ДВС-синдрома проводится по жизненнымм показ. до получения его подтвержденияя с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на выявлении продуктов паракоагуляции-продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов.

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для диагностики геморрагического диатеза (ГД).

2. Провести диагностику состояний, характеризующихся повышенной кровоточивостью на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологического исследования, биохимического анализа крови, свертывающей, противосвертывающей, фибринолитической активности плазмы крови, параметров первичного гемостаза, лабораторных маркеров внутрисосудистого свертывания крови (Д-димер, РФМК).

4. Установить клинико-гематологические синдромы при ГД.

5. Провести дифференциальную диагностику состояний, характеризующихся повышенной кровоточивостью.

6. Определить принципы ведения пациента с ГД.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 31. Сахарный диабет.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К факторам риска по диабету относится: а)наследственная предрасположенность к сахарному диабету; б) патологическая беременность (крупный мертворожденный плод, спонтанные выкидыши); в) гипертоническая болезнь; г) ожирение; д) дети, рожденные с массой тела до 4 кг

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

2. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена: а) опухолью поджелудочной железы; б) острым панкреатитом; в) гемохроматозом; г) аутоиммунным поражением поджелудочной железы; д) внепанкреатическими факторами

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 5;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

3. Патогенез сахарного диабета 2 типа обусловлен: а) деструкцией -клеток; б) нарушением рецепторного аппарата -клеток; в) гормональными антагонистами инсулина; г) негормональными антагонистами инсулина; д) снижением количества рецепторов к инсулину

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 2,3,4 и 5;

4. Иммунологические изменения при сахарном диабете 1 типа характеризуются: а) наличием антител к клеткам панкреатических островков; б) сочетанием диабета с другими аутоиммунными заболеваниями; в) наличием "инсулитов"; г) сочетанием с антигенами системы HLA: В8, DR3, DR4; д) отсутствием образования антител к антигенам островков поджелудочной железы

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

5. В патогенезе сахарного диабета 2 типа играют роль гормональные антагонисты инсулина: а) гормон роста; адренокортикотропный гормон; в) андрогены; г) глюкокортикоиды; д) глюкагон

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,4 и 5

6. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) гиперлипидемией; б) жировой инфильтрацией печени; в) гиперкетонемией и кетонурией; г) гиперхолестеринемией; д) снижением уровня билирубина

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

7. Нарушение белкового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) снижением синтеза белка б) увеличением гликонеогенеза; в) увеличением содержания альбуминов в плазме; г) гиперазотемией; д) повышением распада белка

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,3,4 и 5

8. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен: а) обезвоживанием организма; б) повышением гликемии; в) повышением уровня мочевины в крови; г) избыточным выделением жидкости через почки; д) снижением уровня натрия в крови

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

9. Наименее часто атеросклеротические изменения при сахарном диабете выявляются в сосудах:

коронарных

головного мозга

почек

нижних конечностей

+селезенки

10. Сахарный диабет 1 типа характеризуется: а)острым началом заболевания; б) склонностью к кетозу; в) отсутствием связи с HLA-системой; г)снижением уровня инсулина в сыворотке крови; д) необходимостью лечением инсулином

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3, 4 и 5

11. Сахарный диабет 2 тип характеризуется: а) возраст к началу болезни старше 40 лет; б) избыточной массой тела; в) отсутствием склонности к кетоацидозу; г) постепенным развитием заболевания; д) необходимостью лечения инсулином в первые 2-3 года

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

12. К подгруппе лиц с потенциальными нарушениями толерантности к глюкозе относятся: а) однояйцевые близнецы, один из которых болен сахарным диабетом; б) лица, оба родителя которых больны сахарным диабетом; в) женщины с привычными выкидышами, многоводием; г) развитие нарушенной толерантности к глюкозе у больных с вирусным гепатитом; д) женщины, родивших живого или мертвого ребенка массой тела 4.5 кг и более

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,4 и 5

13. Сахарный диабет часто выявляется при всех следующих эндокринных заболеваниях, кроме:

акромегалии

болезни Иценко - Кушинга

феохромоцитомы

ожирения

+синдрома Симмондса

14. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при всем перечисленном, кроме:

инфекции, лихорадки

заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания

поражения печеночной паренхимы

+синдрома Нонена (Нунана)

панкреатитов

15. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести все перечисленное, кроме:

оценки эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев терапии

проведения необходимой коррекции лечебных мероприятий

выявления скрытых форм диабета

+оценки уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней)

16. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является:

определение посталиментарной гликемии

исследование содержания глюкозы в ушной сере

определение фруктозамина

+определение гликозилированного гемоглобина

определение гликемии натощак

17. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать:

исследования гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой

определение гликемии натощак

определение гликозилированного гемоглобина

+все перечисленное верно

18. Патологические уровни базальной и посталиментарной гликемии, характерные для клинического диабета в капиллярной крови:

3.3-5.5 ммоль/л натощак

+более 6,1 ммоль/л натощак, через 2 часа после введения глюкозы - более 11.1 ммоль/л

4,4 ммоль/л натощак, 6.7 ммоль/л через 2 часа после введения глюкозы

6,0 ммоль/л натощак, 5.5 ммоль/л через 2 часа после нагрузки глюкозой

19. На показатели диагностических тестов оказывают влияние все перечисленные факторы, кроме:

приема глюкокортикоидов, гипотиазида, салицилатов

возраста больного

характера пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная)

метода исследования сахара крови

+предшествующая исследованию диета не влияет на показатели

20. Аглюкозурия при сахарном диабете возможна во всех следующих случаях, кроме:

компенсации диабета

+снижения порога проходимости для глюкозы (почечный диабет)

сахарного диабета, осложненного гломерулосклерозом

нарушения функции почек другой этиологии

гиперинсулинемии

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза сахарного диабета (СД).

2. Провести диагностику сахарного диабета и его осложнений на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, включая уровень глюкозы крови, электролитного обмена.

4. Определить показания для проведения теста толерантности к глюкозе.

5. Оценить результаты теста толерантности к глюкозе, исследования гликированного гемоглобина.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, мочевыделительной системы.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику сахарного диабета.

8. Провести стратификацию риска у пациентов с СД.

9. Определить тактику ведения пациента с СД в зависимости от классификационной формы заболевания.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 32. Болезни щитовидной железы.**

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Согласно классификации ВОЗ для I степени зоба характерно

визуальное увеличение щитовидной железы

пальпаторное увеличение щитовидной железы

зоб, изменяющий конфигурацию шеи

щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи

+каждая доля больше 1 фаланги большого пальца пациента

2. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно

+визуальное увеличение щитовидной железы

пальпаторное увеличение щитовидной железы

зоб, изменяющий конфигурацию шеи

щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи

3. Из инфекций наиболее часто провоцируют развитие диффузного токсического зоба все следующие заболевания, кроме

гриппа

ангины

ревматизма

других заболеваний носоглотки

+воспалительного процесса в яичниках

4. Для тиреостимулирующих иммунноглобулинов характерно все перечисленное, кроме

принадлежности к классу А

принадлежности в классу G

+того, что они являются антигенами

ответственности за связывание ТТГ с рецептором

обладания стимулирующим действием на щитовидную железу

5. При диффузном токсическом зобе установлено все перечисленное, кроме

врожденного дефекта иммунного контроля

дефекта или дефицита Т-супрессоров

появления форбидных клонов Т-лимфоцитов

повышенного образования стимулирующих иммуноглобулинов

+увеличения Т-супрессоров

6. Диффузный токсический зоб может сочетаться со всеми перечисленными аутоиммунными заболеваниями, кроме

эндокринной офтальмопатии

претибиальной микседемы

витилиго

+синдрома Шмидта

нет правильных ответов

7. Патогенез эндокринной офтальмопатии обусловлен всем перечисленным, кроме

деривата ТТГ, лишенного тиреостимулирующих свойств

генетического фактора

иммунного процесса

образования форбидных (запрещенных) клонов

+функционального состояния щитовидной железы

8. Претибиальная микседема выявляется при всем перечисленном, кроме

сочетания с диффузным токсическим зобом

сочетания с офтальмопатией

+сочетания с эндемическим зобом

после хирургического вмешательства на щитовидной железе по поводу диффузного токсического зоба

после лечения радиоактивным йодом диффузного токсического зоба

9. Изменения белкового обмена при тиреотоксикозе характеризуется всем перечисленным, кроме

увеличения катаболизма белка

+снижения катаболизма белка

снижения анаболических процессов

гипоальбуминемии

усиления выделения с мочой азота и креатинина

10. Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с токсическим зобом в зависимости от тяжести заболевания отмечается все перечисленное, кроме

повышения систолического и понижения диастолического давления

изменения границ сердца

функциональных сосудистых шумов

недостаточности кровообращения

+редкого нарушения сердечного ритма при тяжелой форме

11. Нарушение репродуктивной системы при тиреотоксикозе проявляется всем перечисленным, кроме

нарушения менструального цикла

снижения либидо и потенции у мужчин

дегенеративных и атрофических процессов в яичниках, матке

склонности к выкидышам и бесплодию

+отсутствия у девочек задержки появления менструаций и вторичных половых признаков

12. Нарушения функции почек при тиреотоксикозе могут проявляться

+нарушением реабсорбции кальция и фосфора

протеинурией

усилением фильтрационной способности почек

нарушением почечного кровотока

нарушением концентрационной функции

13. Нарушения функции печени при тиреотоксикозе проявляются всем перечисленным, кроме

гепатита

цирроза

желтухи

нарушения всех основных функций печени

+часто необратимых функциональных расстройств печени

14. Особенностями течения токсического зоба у пожилых является все перечисленное, кроме

значительных изменений сердечно-сосудистой системы

частого развития мерцательной аритмии

частого развития недостаточности кровообращения

тремора рук, нередко крупного

+редкого наличия апатетического тиреотоксикоза

15. Тиреотоксическая печень характеризуется всем перечисленным, кроме

увеличения печени в объеме

болезненности

желтухи в ряде случаев

нарушения всех функций печени

+необратимых функциональных расстройств печени

16. Лабораторные данные при диффузном токсическом зобе характеризуются всем перечисленным, кроме

гипохолестеринемии

гипоальбуминемии

понижения толерантности к углеводам, гипергликемии у ряда больных

снижения в крови протромбина

+снижения содержания глобулинов, особенно -фракции

17. Сканирование щитовидной железы при токсическом зобе позволяет установить все перечисленное, кроме

активности различных ответов щитовидной железы

определения ее эктопированной ткани

загрудинного расположения

выявления "горячих", "теплых" и "холодных" узлов

+проведения дифференциальной диагностики с раком щитовидной железы

18. Особенностью функциональной активности тиреотоксической аденомы является:

+секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ

секреция тироксина зависит от секреции ТТГ

секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ

снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит

нет правильных ответов

19. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме

наличия "горячего" узла при сканировании при уменьшенном поглощении 131J окружающей тканью

отсутствия тиреоидстимулирующих антител

+наличия тиреоидстимулирующих антител

наличия узла при пальпации или сканировании

тахикардии

20. Первичный гипотиреоз может развиться в результате всего перечисленного, кроме

блокирования всасывания йода в желудочно-кишечном тракте

блокирования поступления йода в щитовидную железу

дефекта превращения монойодтирозина и дийодтирозина в трийодтиронин и тироксин

избыточного поступления йода в щитовидную железу

+периферической резистентности к тиреоидным гормонам

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления заболевания щитовидной железы (ЗЩЖ).

2. Провести диагностику ЗЩЖ и их осложнений на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, исследования уровня гормонов щитовидной железы, титра антитиреоидных антител.

4. Определить функцию щитовидной железы по клинико-лабораторным данным.

5. Установить показания для проведения биопсии щитовидной железы.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования щитовидной железы.

7. Оценить результаты исследования биоптатов щитовидной железы

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний щитовидной железы.

9. Определить тактику ведения пациента с ЗЩЖ в зависимости от классификационной формы заболевания.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведения профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **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. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью или с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |
| **проверка историй болезни** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся продемонстрировал правильно или с незначительными погрешностями заполненные истории болезни, обосновал диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические и организационные мероприятия в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами оказания медицинской помощи. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать заполненные истории болезни или при их ведении допустил существенные ошибки, не смог обосновать проведенные диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические и организационные мероприятия. |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине «Терапия» проводится в форме экзамена по экзаменационным билетам в устной форме.

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

Итоговая оценка по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и проверки практических навыков и выводится по формуле умножения:

ИО = Оц1 х Оц2 х К, где

ИО – итоговая оценка (в баллах);

Оц1 – оценка по первому вопросу;

Оц2 – оценка по второму вопросу;

К – коэффициент по проверке практических навыков (1 – зачтено, 0 – не зачтено).

Исходя из полученной суммы баллов, выставляется итоговая оценка:

|  |  |
| --- | --- |
| **Сумма баллов** | **Итоговая оценка** |
| 25 | «отлично» |
| 15-20 | «хорошо» |
| 9-12 | «удовлетворительно» |
| 0 | «неудовлетворительно» |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью иди с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. Организационно-правовые аспекты деятельности врача-терапевта. Порядки проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.
2. Сердечно-сосудистый континуум, понятие Профилактика хронической сердечной недостаточности и пути снижения риска сердечно-сосудистой смертности.
3. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Понятие о сердечно-сосудистом риске, его оценка и тактика вмешательства в зависимости от категории риска.
4. Атеросклероз. Этиология и патогенез. Факторы риска. Клинические проявления. Лабораторная диагностика атерогенных дислипидемий. Инструментальная диагностика атеросклероза.
5. Немедикаментозное и медикаментозное лечение атерогенных дислипидемий.
6. ИБС. Эпидемиология и факторы риска. Классификация, клиника и диагностика стабильной ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).
7. Стабильная стенокардия: цели и тактика ведения, алгоритм терапии, показания к реваскуляризации миокарда и ее эффективность. Особенности ведения пациентов после реваскуляризации миокарда. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
8. Острый коронарный синдром: определение, варианты, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения на догоспитальном этапе.
9. Нестабильная стенокардия. Классификация, диагностика, тактика ведения.
10. Острый инфаркт миокарда. Диагностические критерии. Принципы лечения неосложнённого инфаркта миокарда.
11. Осложнения инфаркта миокарда: клиника, диагностика, лечение.
12. Реабилитация при инфаркте миокарда: виды реабилитации, сроки госпитализации, трудоспособность.
13. Постинфарктный кардиосклероз. Диагностические критерии, тактика ведения и диспансерное наблюдение после перенесенного инфаркта миокарда.
14. Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, по­ражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.
15. Тактика ведения больных артериальной гипертензией. Цели терапии. Общие принципы ведения. Модификация образа жизни. Диспансерное наблюдение, МСЭ.
16. Медикаментозная терапия больных артериальной гипертензией. Выбор антигипертензивных препаратов. Алгоритмы антигипертензивной фармакотерапии.
17. Вторичные артериальные гипертензии: ренопаренхиматозные, вазоренальные, эндокринные, гемодинамические, ятрогенные. Дифференциальная диагностика. Лечение
18. Артериальная гипертония и беременность. Классификация АГ. Диагностика. Тактика терапевта. Лечение.
19. Кардиомиопатии: этиология, патогенез, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
20. Миокардиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
21. Невоспалительные некоронарогенные поражения миокарда (миокардиодистрофии). Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Перикардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Инфекционный эндокардит. Особенности современной этиологии. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика в группах риска. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
24. Хроническая сердечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Оценка тяжести ХСН.
25. Хроническая сердечная недостаточность. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике ХСН.
26. Немедикаментозное лечение и фармакотерапия хронической сердечной недостаточности. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
27. Фибрилляция и трепетание предсердий: этиология, патогенез, особенности гемодинамики, классификация. Принципы лечения. Показания и противопоказания к кардиоверсии. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия, лекарственные препараты. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии. Профилактика осложнений.
28. Экстрасистолия. Причины, клиника, диагностика, классификация, прогностическая значимость различных вариантов, современные подхо­ды к лечению.
29. Пароксизмальные тахикардии: классификация, основные механизмы развития и анатомо-физиологические предпосылки, диагностика, дифференциальный диагноз суправентрикулярных и желудочковых пароксизмальных тахикардий, прогноз при различных видах, лече­ние.
30. Нарушения проводимости сердца: классификация, диагностика, прогностическое значение, лечение. Показания для имплантации электрокардиостимулятора.
31. Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости сердца. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Диагностика. Неотложная помощь.
32. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Особенности современного течения, клинических проявлений. Лечение. Реабилитация. Профилактика.
33. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Клиника, гемодинамические нарушения. Подходы к лечению. Профилактика, МСЭ.
34. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных с сердечно­-сосудистыми заболеваниями.
35. Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
36. Остеоартроз и остеохондроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика. Показания и противопоказания для хирургического лечения.
37. Ревматоидный артрит: клиника, классификация, диагностика, лечение, реабилитация.
38. Реактивные артриты: этиология, клиника, диагностика, классификация, лечение, про­гноз, профилактика.
39. Серонегативные спондилоартропатии (анкилозирующий спондилит, псориатическая артропатия). Диагностические критерии, дифференци­альная диагностика, лечение, реабилитация.
40. Системные заболевания соединительной ткани. Основные клинические синдромы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
41. Метаболические болезни суставов (подагра, псевдоподагра и другие). Факторы риска. Этиопатогенез. Клиника. Критерии диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение и профилактика.
42. Остеопороз. Этиология, патогенез, классификация, факторы риска остеопороза и переломов, кли­ника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.
43. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных ревматическими заболе­ваниями.
44. Этиотропное лечение инфекции нижних дыхательных путей. Характеристика основных классов антимикробных препаратов. Критерии эффективности антибактериальной терапии, ее продолжительность. Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибактериальной терапии или замены антимикробных препаратов.
45. Бронхиты: факторы риска, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Пневмония. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования. Критерии диагноза. Принципы лечения. Диспансеризация.
47. Внебольничная пневмония: выбор места лечения, тактика терапии в амбулаторных условиях, лечение госпитализированных пациентов.
48. Особенности этиологии, диагностики и лечения отдельных видов пневмоний: нозокомиальная (госпитальная), аспирационная, у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).
49. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, факторы риска, этиопатогенез, классификация, факторы риска, диагностика, лечение.
50. Бронхиальная астма: этиопатогенез, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания для консультации пульмонолога и госпитализации. Диспансеризация, МСЭ.
51. Лечение бронхиальной астмы.
52. Нагноительные заболевания легких. Этиология. Патогенз. Классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение.
53. Болезни плевры: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы терапии. Наблюдение после перенесенного плеврита.
54. Саркоидоз: этиопатогенез, клинические проявления, вопросы своевременной диагностики, принципы терапии.
55. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов дыхания.
56. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Пищевод Барретта. Лечение.
57. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, лече­ние.
58. Язвенная болезнь и эрозивные гастродуодениты: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение. Показания к госпитализации.
59. Воспалительные заболевания и дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации.
60. Панкреатиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, классификация, осложнения, лечение.
61. Стеатогепатоз и стеатогепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с другими хроническими гепатитами. Лечение.
62. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация (по Чайлд-Пью), клиника, диагностика, лечение, про­гноз.
63. Неинфекционные энтериты и колиты. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
65. Паразитозы пищеварительной системы: лямблиоз, описторхоз, токсокароз. Клиника, диагностика, тактика терапевта.
66. Запор. Этиология. Дифференциальная диагностика. Тактика применения слабительных средств.
67. Диарея. Этиология. Диагностическая и терапевтическая тактика.
68. Терапевтическая тактика ведения больных, перенесших оперативное вмешательство на органах пищеварительной системы. Постгастрорезекционные, постхолецистэктомические синдромы. Диагностика, лечение.
69. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения.
70. Основные синдромы в нефрологии. Современные инструментальные и лабораторные методы диагностики заболеваний почек.
71. Хроническая болезнь почек. Определение понятия, факторы риска, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
72. Хроническая почечная недостаточность: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к направлению на гемодиализ и трансплантацию почки. Терапевтический контроль за пациентами находящимися на гемодиализе или перенесшими трансплантацию почки.
73. Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей: факторы риска, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Профилактика.
74. Пиелонефрит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Профилактика.
75. Нефриты: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
76. Нефротический синдром. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
77. Вторичные нефропатии (диабетическая нефропатия, нефропатия беременных, гипер­тоническая нефропатия, лекарственные нефропатии и другие). Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Профилактика. Показания к госпитализации.
78. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных с болезнями почек.
79. Анемический синдром: дифференциальный диагноз.
80. Железодефицитные состояния: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, показания для консультации гематолога, лечение.
81. Гемобластозы: основные клинико-гематологические син­дромы, дифференциальная диагностика с лейкемоидными реакциями, лимфогранулематозом. Особенности курации больных с гемобластозами врачами-терапевтами.
82. Депрессия кроветворения (нейтропения, тромбоцитопения, апластическая анемия). Причины, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
83. Геморрагические диатезы. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
84. Сахарный диабет 1-го типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, тактика терапевта.
85. Сахарный диабет 2-го типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
86. Принципы своевременного выявления осложнений сахарного диабета и их профилактика. Клиника, диагностика и помощь при осложнениях, тактика терапевта.
87. Заболевания щитовидной железы: этиопатогенез, клиника, принципы своевременного выявления врачом терапевтом, терапевтическая тактика.
88. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности и МСЭ, реабилитация и санаторно-курортное лечение больных с болезнями эндокринной системы.

***Типовые практические задания для проверки***

***сформированных умений и навыков***

1. Установить 10-летний фатальный и общий сердечно-сосудистый риск.
2. Оценить липидный профиль.
3. Оценить клинический анализ крови.
4. Оценить клинический анализ мочи.
5. Оценить результаты пробы по Нечипоренко.
6. Оценить результатов пробы Зимницкого.
7. Оценить анализ кала на копрологию.
8. Оценить биохимический анализа крови.
9. Оценить анализ сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, коэффициента насыщения трансферрина железом, сывороточного ферритина.
10. Оценить результаты иммунологического, иммуноферментного анализа.
11. Оценить результаты серологического исследования.
12. Оценить данные лабораторного исследования уровня гормонов щитовидной железы, титра антитиреоидных антител.
13. Оценить данные анализа мокроты.
14. Оценить лабораторный анализ электролитов.
15. Оценить коагулограмму.
16. Оценить тест толерантности к глюкозе.
17. Оценить результаты бактериологического исследования.
18. Оценить результаты исследования биологических жидкостей.
19. Описать электрокардиограмму.
20. Оценить результаты функциональных ЭКГ-проб.
21. Оценить тест толерантности к физической нагрузке.
22. Оценить тест 6-минутной ходьбы.
23. Оценить результаты длительной регистрации ЭКГ.
24. Оценить результаты длительной регистрации АД.
25. Оценить результаты спирографии.
26. Оценить бронходилатационный тест.
27. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.
28. Оценить результаты рентгенологических методов исследования костно-мышечной системы.
29. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.
30. Оценить результаты рентгенологических методов исследования мочевыделительной системы.
31. Оценить результаты денситометрии.
32. Оценить результаты ангиографических методов исследования.
33. Оценить результаты ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы.
34. Оценить результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости.
35. Оценить результаты ультразвукового исследования мочевыделительной системы.
36. Оценить результаты эндоскопических методов исследования бронхолегочной системы.
37. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.
38. Оценить результаты исследования биоптата.
39. Оценить результаты уреазного теста.
40. Рассчитать скорость клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI.

***Эталоны решения типовых практических заданий***

1. Для установления 10-летнего фатального сердечно-сосудистый риска обучающийся должен взять шкалу SCORE, привести пример расчета риска с последующей определением категории риска и определить стратегию вмешательства в зависимости от категории риска: 5%, высокий риск, должно проводиться интенсивное профилактическое консультирование по изменению образа жизни. При недостаточной эффективности поведенческих вмешательств у таких пациентов рекомендуется рассмотреть переход к медикаментозной коррекции факторов риска. Также на основе фатального сердечно-сосудистого риска можно определить общий или суммарный сердечно-сосудистый риск посредством использования умножающего коэффициента у мужчин – 3, у женщин – 4. Например, расчетный риск по шкале SCORE 5%, общий – у мужчин 15%, у женщин 20%.

2. Повышение уровня ОХС и ХСЛПНП свидетельствует об атерогенной гиперлипидемии. Рекомендовано провести стратификацию риска с определением стратегии вмешательства.

3. Количество эритроцитов и содержание гемоглобина, а также количество тромбоцитов в пределах нормальных значений. Увеличение количества лейкоцитов до 19х109/л свидетельствует о лейкоцитозе, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов – о сдвиге лейкоцитарной формулы влево. Подобные изменения нередко возникают при заболеваниях, связанных с воспалением, инфекцией и других состояниях.

4. Удельный вес мочи в пределах нормы, осадок в пределах нормы, наличие белка 0,066 г/л может быть вариантом нормы у женщин, но может и служить признаком патологии, в связи с чем необходимо повторить анализ, поскольку наличие белка даже в минимальных количествах должно настораживать в отношении возможного заболевания почек или мочевых путей и определить суточное количество белка, экскретируемого с мочой.

5. Относительная плотность мочи в пределах нормы, количество эритроцитов в пределах нормы, количество лейкоцитов (5000) свидетельствует о лейкоцитурии, что наиболее часто встречается при пиелонефрите и инфекции мочевыводящих путей.

6. Суточный диурез – 1400 мл в пределах нормы при обычном петьевом режиме. Ночной диурез преобладает над ночным – никтурия, колебания относительной плотности мочи в пределах 1010-1012, что свидетельствует об изостенурии. Подобные изменения могут встречаться при почечной недостаточности и других заболеваниях почек, лечении диуретиками.

7. Из представленных результатов копрологического исследование обращает на себя внимание наличие нейтрального жира, что может быть проявлением синдрома мальдигестии, возникающий вследствие нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы (панкреатическая недостаточность), а также при недостаточном поступлении желчи при холестазе.

наиболее часто свидетельствует о наличии крови в кале, рекомендуется эндоскопическое обследование ЖКТ.

8. В биохимическом анализе крови повышен уровень мочевой кислоты – гиперурикемия, свидетельствующая о нарушении пуринового обмена различного генеза: прием пищи с высоким содержанием пуринов, подагра, лейкозы и опухоли при лечении цитостатиками, почечная недостаточность, ацидоз, токсикоз первой половины беременности, прием тиазидных диуретиков.

9. Снижение концентрации сывороточного железа - СЖ (менее 2,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом — НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина — СФ (менее 30 нг/мл или мкг/л) свидетельствуют о железодефицитном состоянии (железодефицитная анемия).

10. В иммунограмме повышен уровень сывороточного иммуноглобулина Е (30 МЕ/мл), что встречается при аллергических заболеваниях, атопической бронхиальной астме.

11. Положительная прямая реакция Кумбса, основанная на агглютинации эритроцитов больного в антиглобулиновой сыворотке, свидетельствует об аутоиммунной гемолитической анемии.

12. Повышенная концентрация ТТГ (>5 мМЕ/Л) подтверждает наличие первичного гипотиреоза, при нормальном значении свободного Т4 – субклинический.

13. Слизисто-гнойный характер мокроты с большим количеством лейкоцитов в поле зрения свидетельствует об инфекционно-воспалительном процессе в бронхолегочной системе.

14. В представленном электролитном анализе сыворотки крови выявлено сниженное содержание калия – менее 3,4 ммоль/л. Гипокалиемия наиболее часто встречается при потери жидкости (диарея, повторные рвоты, применение диуретиков, полиурия), диабетическом ацидозе, поражении почечных канальцев, гиперальдостеронизме, гиперкортицизме, а также при недостаточном поступлении калия с пищей.

15. Уровень Д-димера повышен. Д-димер - это продукт распада фибрина, небольшой фрагмент белка, присутствующий в крови после разрушения тромба (процесс фибринолиза), поэтому его повышение свидетельствует о внутрисосудистом тромбообразовании, например, при ТЭЛА, ДВС-синдроме и т.п.

16. Уровень глюкозы натощак < 6,1 ммоль/л, а после нагрузки глюкозой > 7,8 ммоль/л, но < 11,0 ммоль/л свидетельствует о нарушенной толерантности к глюкозе.

17. При анализе мочи на бактериурию обнаружены E.coli 200 КОЕ/мл. Данный результат считается сомнительным, что требует его пересдачи.

18. Установленный характер плевральной жидкости (мутность, отсутствие запаха, относительная плотность выше 1015, белка более 30 г/л, положительная проба Ривальта) свидетельствует об экссудате, экссудат розового цвета, при микроскопическом исследовании большое количество эритроцитов в поле зрения – геморрагический экссудат. Геморрагический экссудат чаще встречается при злокачественных новообразованиях и травматическом поражении плевры, инфаркте легкого, туберкулезе.

19. Ритм не синусовый, неправильный с ЧЖС 67-104 в мин. ЭОС отклонена влево. Волны фибрилляции предсердий. Признаки гипертрофии левого желудочка.

20. При ЭКГ-пробе с физической нагрузкой появилась горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,0 мм в отведениях V3-V6. Проба на коронарную недостаточность положительная.

21. При выполнении ЭКГ-теста (велоэргометрии) на ступени 50 Вт проба прекращена из-за появления слабости пациента. При записи ЭКГ нарушений ритма и ишемических изменений не появилось. Заключение: толерантность к физической нагрузке низкая.

22. Тест 6-минутной ходьбы используется для объективизации функционального класса сердечной недостаточности. Прохождение дистанции 400 метров в течение 6 минут соответствует II функциональному классу.

23. При суточном мониторировании ЭКГ в 18.30 зарегистрирован эпизод редкого ритма 30 в мин, расцененный как преходящая полная АВ-блокада. Указанный эпизод сопровождался сильным головокружением у больного, падением АД. В таких ситуациях пациенту с синдромом слабости синусового узла показана имплантация электрокардиостимулятора.

24. По результатам суточного мониторирования АД среднесуточное АД 145/85, что свидетельствует о наличии артериальной гипертензии. Недостаточное снижение ночного АД позволяет отнести данного пациента к нон-дипперам. Поскольку исследование проводилось на фоне антигипертензивной монотерапии, можно заключить о недостаточной ее эффективности. Целесообразно назначить комбинированную терапию гипотензивными препаратами.

25. Из представленных параметров снижены объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и индекс Тиффно (соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ х100%) – менее 70%, что свидетельствует о бронхиальной обструкции.

26. Показаниями для проведения бронходилатационного теста являются:

установление обратимости бронхиальной обструкции, включая пациентов с нормальными показателями исходной спирометрии;

определение потенциального эффекта бронхолитической терапии;

мониторирование динамики легочной функции у больных с хроническими респираторными заболеваниями при длительном наблюдении.

Обратимость бронхиальной обструкции определяется по изменению ОФВ1 или ФЖЕЛ. Другие показатели спирометрии, в том числе потоки, измеренные на разных уровнях ФЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75, СОС25-75), не используются для оценки обратимости обструкции дыхательных путей в связи с их крайне высокой вариабельностью.

В данном случае при проведении теста с бронходилататором коэффициент бронходилатации (изменение ОФВ1 до и после теста, выраженное в процентах) составил более 12%, что свидетельствует об обратимости бронхиальной обструкции.

27. На представленной рентгенограмме органов грудной клетки затемнение нижней доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз: правосторонняя нижнедолевая пневмония, необходимо сочетать с клиникой и другими данными обследования. Не исключается другая легочная патология, в т.ч. онкологическая и туберкулез. Требуется контроль в динамике, при необходимости КТ органов грудной клетки.

28. На представленной рентгенограмме кистей рук определяется деформация кистей в виде «плавника моржа» (подвывихи пястно-фаланговых сочленений), что характерно для ревматоидного артрита, рентгенологическая стадия III.

29. На представленной обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются вздутые увеличенные петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости, так называемые, чаши Клойбера, что является диагностическим признаком кишечной непроходимости.

30. При внутривенной урографии выявлены признаки левостороннего гидронефроза: замедление поступления контраста в почечно-лоханочную систему, лоханки и чашечки расширены, имеют округлые контуры. Необходимо уточнение причины гидронефроза (опухоль, киста и др.) Показаны дополнительные обследования, консультация уролога.

31. При денситометрии определены показатели: T-критерий (показывает соотношение плотности костной ткани в вашем организме к плотности костной ткани полностью здорового человека того же пола и возраста) и Z-критерий — показывает соотношение плотности костной ткани в вашем организме к среднему показателю плотности костной ткани группы людей аналогичного пола и возраста. Полученный парамтер -1,5, что свидетельствует об остеопении. Показана профилактика остеопороза, контроль.

32. При коронароангиографии выявлен стеноз 60% передней нисходящей артерии. Установленный стеноз является гемодинамически значимым. Показано оценка клиники заболевания и проведение нагрузочных проб для уточнения функционального класса стенокардии, показано назначение статинов, ацетилсалициловой кислоты и антиангинальная терапия после уточнения клиники заболевания, диспансерное наблюдение.

33. При эхокардиографическом исследовании установлены следующие отклонения от нормы: увеличены КДР и КДО, снижена ФВ левого желудочка – 40%, которые свидетельствуют о дилатации полости левого желудочка со снижением его систолической функции – признаки сердечной недостаточности, для установления диагноза и причины которой требуется помимо клинической оценки (симптомы, признаки) проведение дополнительных методов исследования, с учетом предполагаемой причины (ИБС, АГ, кардиомиопатия и др.).

34. При УЗИ органов брюшной полости выявлены увеличение размеров и размытость контуров головки поджелудочной железы, наличие множества мелких конкрементов в желчном пузыре, утолщение его стенок. Данная ультразвуковая картина может быть признаком панкреатита на фоне верифицированного диагноза желчнокаменной болезни.

35. При ультразвуковом исследовании почек: размеры в пределах нормы, положение типичное, выявлено уплотнение стенок чашечек, умеренное количество гиперэхогенных включений, что требует исключения хронического пиелонефрита, рекомендовано контроль анализов мочи, динамический УЗ-контроль.

36. При фибробронхоскопии выявлена триада Икеды: инфильтраты с расширенными сосудами, патологическое изменение слизистой оболочки, размытый рисунок хрящей, что является признаком рака бронха, что подтверждено результатами биопсии. Показано направление к онкологу.

37. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена зернистость слизистой антрального отдела желудка, язвенный дефект луковицы 12-ПК 4 мм. Указанные изменения позволили верифицироать диагноз: язвенная болезнь, язва луковицы 12-перстной кишки. Показано дообследование на выявление Helicobacter pylori, назначение противоязвенной терапии, после дообследования – эрадикационная терапия, контроль, диспансерное наблюдение.

38. Представлен биоптат лимфатического узла, определены крупные клетки диаметром от 25 до 80 мкм, содержащие рядом расположенные 2 и более круглых или овальных ядра – клетки Березовского-Штенберга, выявление которых позволяет диагностировать Лимфогранулематоз. Рекомендовано консультация гематолога.

39. По результатам дыхательного теста уровень аммиака после употребления 500 мг мочевины возрос более чем на 4 мм, а прирост по сравнению с донагрузочным тестом составил более 2 мм, что трактуется как положительный тест, позволяет в установлении роли Helicobacter pylori в патогенезе заболевания верхних отделов ЖКТ, определить показания для эрадикационной терапии.

40. Ответ: 58 мл/мин/1,73кв.м. Интерпретация: снижена скорость клубочковой фильтрации. По классификации хронической болезни почек соответствует стадии II. Показаны: диагностики и лечение основного заболевания, назначение нефропротективной терапии, диспансерное наблюдение с контролем показателя и оценкой скорости прогрессирования почечной недостаточности.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)*

дисциплина Терапия

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Сердечно-сосудистый континуум, понятие. Профилактика хронической сердечной недостаточности и пути снижения риска сердечно-сосудистой смертности.

2. Остеопороз. Этиология, патогенез, классификация, факторы риска остеопороза и переломов, кли­ника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Выполнение практического задания: оценить тест толерантности к глюкозе.

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

1. Стандарты оказания медицинской помощи по терапевтическому профилю.

2. Порядки оказания медицинской помощи по терапевтическому профилю.

3. Медицинские калькуляторы (шкалы с расчетом балльной оценки, в т.ч. оценки риска, индексированные показатели, шкалы вероятностных оценок и т.п.)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу. | Знать  этиологию и патогенез заболеваний и состояний, принципы их профилактики, диагностики и лечения;  критерии эффективности лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения. | вопросы № 1-88 |
| Уметь  анализировать полученную информацию в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-40 |
| Владеть  формированием заключений и выводов на основе полученной информации в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-40 |
| 2 | 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 их причин и условий возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. | Знать  факторы риска, этиологию и патогенез хронических неинфекционных заболеваний | вопросы № 2, 3, 4, 6, 14, 23, 32, 36, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 58, 60, 71, 73, 75, 77, 80, 84, 85, 87. |
| Уметь  выявлять основные факторы риска развития хронических заболеваний внутренних органов. | практические задания № 1, 2, 16. |
| Владеть  методами профилактики и ранней диагностики терапевтических заболеваний и патологических состояний | практические задания № 1-40. |
| 3 | ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Знать  порядки проведения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения и критерии его эффективности | вопросы № 1, 2, 3, 34, 43, 55, 69, 78, 88. |
| Уметь  применять клинико-диагностические методы  при проведении диспансеризации взрослого населения | практические задания № 1-40 |
| Владеть  методами диагностической и лечебной оценки в процессе диспансерного наблюдения пациентов с хроническими терапевтическими заболеваниями | практические задания № 2-40 |
| 4 | 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  классификацию основных терапевтических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 4, 6, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 71, 73, 74, 75, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87. |
| Уметь  определять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания № 2-40 |
| Владеть  методами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания № 2-40 |
| 5 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) | Знать  методы лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при терапевтических заболеваниях | вопросы № 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87. |
| Уметь  определять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания № 2-40 |
| Владеть  методами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания № 2-40 |
| 6 | 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  основы реабилитации и санаторно-курортного лечения | вопросы № 12, 34, 43, 55, 69, 78, 88. |
| Уметь  установить показания и противопоказания для проведения реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения | практические задания № 2-40 |
| Владеть  методами оценки эффективности реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения | практические задания № 2-40 |
| 7 | ПК-9: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Знать  факторы риска развития терапевтических заболеваний и их осложнений и принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. | вопросы № 2, 3, 4, 6, 14, 23, 32, 36, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 58, 60, 71, 73, 75, 77, 80, 84, 85, 87. |
| Уметь  устанавливать факторы риска и патологические изменения как основу мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. | практические задания № 1-40 |
| Владеть  навыками оценки риска и патологических изменений. | практические задания № 1-40 |